AUS DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ABTEILUNG
(LEITER: PROF. DR. H. U. ZIOLKO)
DER PSYCHIATRISCHEN UND NEUROLOGISCHEN KLINIK
DER FREIEN UNIVERSITAET BERLIN
DIREKTOR: PROF. DR. H. SELBACH

DIE PROBLEMATIK DER DIAGNOSE "PUBERTAETSKRISE"; DER AUSDRUCK DER KRISENZEIT DES JUGENDALTERS.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER MEDIZINISCHEN DOKTORWUERDE
AN DEN MEDIZINISCHEN FACHBEREICHEN
DER FREIEN UNIVERSITAET BERLIN

VORGELEGT VON
JOERG-THOMAS ERDMANN
AUS POTSDAM

1971

Aus der Psychotherapeutischen Abteilung (Leiter: Prof. Dr. H. U. Ziolko) der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin
Direktor: Prof. Dr. H. Selbach

Die Problematik der Diagnose "Pubertätskrise"; der Ausdruck der Krisenzeit des Jugendalters.

Inaugural - Dissertation
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde an den Medizinischen Fachbereichen der Freien Universität Berlin

vorgelegt von
Jörg-Thomas Erdmann
in Potsdam

Referent: Professor Dr.med.Horst-Ulfert Ziolko

Korreferent: Professor Dr.med.Annemarie Dührssen

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

gedruckt mit Genehmigung der
Medizinischen Fachbereiche der
Freien Universität Berlin

promoviert am: 22.Dezember 1971

Inhaltsverzeichnis

		Seite
A	Einführung in das Thema und Fragestellung	1
B	Methodik und Methodenkritik	7
C	Ergebnisse der Untersuchung	8
D	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	3o
	1. Diagnosen in unserem Krankengut	3o
	2. Die Symptomatik	33
	3. Lebensalter	53
	4. Konstitution	55
	5. Verhaltensauffälligkeiten	57
	6. Elternbeziehungen	61
	7. Freundschaften	65
	8. Arbeitsfeld	66
	9. Einige typische Kasuistiken	68
E	Zusammenfassung und Folgerungen	77
F	Literaturverzeichnis	8o

Die Problematik der Diagnose "Pubertätskrise";
der Ausdruck der Krisenzeit des Jugendalters.

A Einführung in das Thema und Fragestellung

Da die Diagnose "Pubertätskrise" nosologisch gegen andere Diagnosen z. B. Neurose, Psychose abgegrenzt sein müßte, ist eine kurze Schilderung der allgemeinen Problematik psychiatrischer Diagnostik notwendig. Die nosologische Systematik bereitet in der Psychiatrie Schwierigkeiten, da es sich hier im Gegensatz zu anderen Gebieten der Medizin nur zum Teil um morphologische oder organisch begründbare Störungen eines Organs oder Organsystems handelt, die man als Krankheit bezeichnet. In diesem Sinne unterschied SCHNEIDER (1) Geisteskrankheiten, die körperlich begründbar sind, und Varianten normaler Persönlichkeit und normaler Erlebnisreaktion, den abnormen Formen, die keine Krankheiten darstellen. Wegen nahezu identischem psychopathologischem Bild und prozeßhaftem Auftreten und Verlauf rückte SCHNEIDER (1) die endogenen Psychosen in die Nähe der körperlich begründbaren Störungen. Von FROMM-REICHMANN (2) und anderen Forschern werden die endogenen Psychosen als psychogene Störungen aufgefaßt. Abnorme Persönlichkeiten und Erlebnisreaktionen wurden rein phänomenologisch in zahlreiche Haupttypen mit vielerlei Überschneidungen gegliedert. Tiefenpsychologische Erkenntnisse (FREUD (3) u. a.) ermöglichten, die Phänomenologie durch kausale Betrachtungsweise, der Entwicklung des Konzeptes der Neurose zu ersetzen bzw. zu ergänzen. Die Bedeutung der Konstitution oder Anlage (SCHNEIDER (1), FREUD (55)), die sich im Psychopathiebegriff ausdrückt, im Verhältnis zur neurotischen Fehlentwicklung ist

problematisch.

VON BAEYER (4) ließ die Diagnose Psychopathie wegen der starken biographischen Verzahnungen fehlgehender Entwicklungen mit möglicherweise anlagebedingten Faktoren in seinem Krankengut (depressive Kinder und Jugendliche) fast immer wieder fallen. SPIEL (5) konnte in einer Längsschnittuntersuchung über 7 Jahre bei 27 Probanden keine sichere Differenzierung von Neurose und Psychopathie vornehmen. In einem großen Entwurf eines neuen, das Würzburger Schema ersetzenden, Diagnoseschemas von HELMCHEN (6) u. a. wird ein triadisches System vorgeschlagen mit den Hauptgruppen: I Neurosen und Psychopathien, II endogene Psychosen, III körperlich begründbare Störungen. In derselben Veröffentlichung wird KRAEPLIN zitiert: "Wir müssen uns demnach mit der Tatsache abfinden, daß ... unsere Krankengeschichten zum guten Teil nicht die Spiegelung der Wirklichkeit, sondern die Anschauung des Beobachters darstellen." Die Idee der Krankheitseinheit sei eine "Idealforderung", die sich, wie JASPERS entwickelte, nicht realisieren läßt. Bis zur Entwicklung einer aitiologisch ausgerichteten Diagnostik ist jedoch die deskriptive Kategorisierung die einzig mögliche für nosologische Belange. Besondere Schwierigkeiten ergeben sich in der Pubertät.

Die Pubertät habe früher in der Psychiatrie als selbständige "Krankheitsursache" gegolten. Heute wüßten wir, daß sie mit keinerlei "spezifischen" Psychoseformen verbunden

sei, sondern höchstens eine Disposition für einzelne psychische Störungen (besonders Verstimmungen) setze, die sonst auch vorkämen (BLEULER (7)). BUSEMANN (8) spricht von Krisenjahren im Ablauf der menschlichen Jugend. STUTTE (9) nennt Pubertätsneurosen die Pubertätsfettsucht und die Pubertätsmagersucht und sieht in der Pubertät ein Prädilektionsalger der endogenen Psychosen, besonders Hebephrenien und anderer Störungen, wie Verstimmungen, Hysterien, kriminelles Verhalten, Neurasthenien und Hypochondrien. TRAMER (1o) benutzt den Ausdruck Affektkrise im Zusammenhang mit der Pubertät. LANGEN (11) spricht von einem kritischen Stadium menschlicher Entwicklung. ZELLER (9) deutet die Pubertätssymptomatik als Ausdruck von Endokrinopathien (hypopituitär, hypogonadal, interrenal, hypopituitär stigmatisiert, cerebrale Frühentwicklung). KRETSCHMER (12) findet bei jedem mit einer "Pubertätskrise" in die ärztliche Sprechstunde kommenden Jugendlichen die Zeichen einer Puberaldystrophie. Bei den ausgebildeten Syndromen dieser Gruppe handele es sich um Symptomkombinationen, die auf das diencephalo-hypophysäre System hinweisen, ohne daß faßbare, morphologische Veränderungen in diesem Gebiet nachzuweisen wären, wobei auch der günstige Verlauf den funktionellen Charakter dieser Erscheinungsbilder bestätige. Im Vordergrund stehe hier die Pubertätsfettsucht, die Pubertätsmagersucht, der akromegale Typ und das Heboid. Letzteres zählt BOSTROEM (12) bereits als Schizophrenieform. ZIOLKO (13) beschreibt die ähnliche Psychodynamik der Hyperorexie und Pubertätsmagersucht als Teilsymptom der beide umfassenden Dysorexie. ERIKSON (14) deutet die Pubertät als "normative

Krise", eine "normale Phase vermehrter Konflikte, charakterisiert einerseits durch eine scheinbare Labilität der Ichstärke, andererseits aber auch durch ein hohes Wachstumspotential. Neurotische und psychotische Krisen zeichnen sich aus durch eine gewisse Neigung zu starrer Beharrung, durch wachsende Verschwendung von Abwehrenergie und durch vertiefte psychosoziale Vereinsamung, während normative Krisen relativ überwindbar erscheinen und durch einen Reichtum an freier Energie charakterisiert sind, der wohl schlafende Ängste aufweckt und neue Konflikte hervorruft, aber auch neue und erweiterte Ichfunktionen im spielerischen Ergreifen neuer Möglichkeiten unterstützt." ERIKSON (14) legt das Hauptgewicht auf die Identitätsproblematik. Die spezifische Störung der Pubertät sei die Identitätsdiffusion. FREUD (15) führte die psychodynamische Betrachtungsweise der Pubertät ein. Mit Hinweis auf die "Pubertätsdrüse" (STEINACH (15)) beschreibt er den Zuwachs an sexuellem Instiktbetrag, einen zweiten Ödipuskomplex und dessen verschiedene Lösungsmöglichkeiten. FREUDs (16) Analyse der Pu bertät läßt sich zusammenfassen: I. Die Stärke des Es-Impulses, die durch physiologische und endokrinologische Prozesse während der körperlichen Veränderungen bedingt ist, II. Die Fähigkeiten des Ich, mit diesen Instinktkräften fertig zu werden oder zu unterliegen, III. Die Wirksamkeit und Natur der dem Ich zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen. Zwei für die Pubertät spezifische Abwehrmechanismen seien die asketische Lebensform und die Intellektualisation. SULLIVAN (17) sieht in psychotischen Bildern den Zusammenbruch neurotischer Abwehrmechanismen. Umfassende Darstellungen analyti-

scher Betrachtungsweisen der Pubertät finden sich bei BLOS (18) und HOLMES (19). Soziologen (BETTELHEIM (2o)) heben das Generationsproblem und gesellschaftliche Faktoren (PARSONS (21)) hervor. Kulturanthropologen (MEAD (22)) zeigen die unterschiedliche Phänomenologie der Pubertät und das Problem der Kontinuität und Diskontinuität (BENEDICT (23)) in verschiedenen Kulturen auf. FROMM (24) untersuchte die Prägung der Kinder in der Familie durch die Gesellschaft, ein politisches Problem. LEWIN (25) wählt in seiner Feldtheorie als Ausgangspunkt seiner Betrachtungen, "daß das Verhalten (V) eine Funktion (f) der Person (P) und deren Umwelt (U) ist, V=f (P U), und daß P und U in dieser Formel abhängige Variablen sind." DAVIS (25) sieht die Pubertät lerntheoretisch als einen fortlaufenden Prozeß,sozialakzeptiertes Verhalten durch Bestärkung und Strafe zu lernen. Auf dem Gebiete der Sozialpsychologie entwickelte HAVIGHURST (25) das Konzept der "developmental tasks" (entwicklungsgemäße Aufgaben) für die Adoleszenz: 1. Das Akzeptieren des eigenen Körpers und der maskulinen bzw. femininen Rolle, 2. Neue Beziehungen mit Altersgenossen beiderlei Geschlechtes, 3. Gefühlsmäßige Unabhängigkeit von den Eltern und anderen Erwachsenen, 4. Das Streben nach ökonomischer Selbständigkeit, 5. Auswahl und Vorbereitung für einen Beruf, 6. Die Entwicklung intellektueller Fähigkeiten und Konzepte, die für das Leben in der Gesellschaft notwendig sind, 7. Der Wunsch und das Erreichen sozialakzeptierten Verhaltens, 8. Vorbereitung auf Heirat und Familienleben, 9. Der Aufbau bewußter Werte in Übereinstimmung mit einem adaequaten wissenschaftlichen Weltbild. Ein "developmental task" liegt zwischen einem individuellen Bedürfnis und einer gesell-

schaftlichen Forderung.

Ich habe mich hier auf die mir am wichtigsten und unterschiedlichsten erscheinenden Anschauungen der Literatur beschränkt. Die "Pubertätskrise" als Krankheitseinheit gibt es demzufolge nicht, jedoch ist die Pubertät ein Krisenalter mannigfaltiger Determinierung und mannigfaltigen Ausdrucks. Den Begriff "Pubertätskrise" konnte ich in den Indices und Inhaltsverzeichnissen einschlägiger Lehr- und Handbücher der Psychiatrie bzw. Jugendpsychiatrie nicht finden. Es wird dennoch in den Texten und in Artikeln in Fachzeitschriften von der sogenannten Pubertätskrise, von "Pubertätskrise", von den Pubertätskrisen und von den Adoleszentenkrisen gesprochen.

Der Begriff der Krise wurde von VON GEBSATTEL (26) in die Psychiatrie eingeführt. Er ist anthropologisch, existenzphilosophisch zu verstehen als "krisenhafte Grundverfassung", "fundamentale Krise", "In der Krise stehen". KULENKAMPFF (27) erweiterte den Begriff der Krise, indem er von abnormer Krise bei psychotischer Existenzweise spricht. Diese abnorme Krise zeige folgenden Ablauf: Achillesferse, lawinenartig sich verstärkender Widerstreit mit der Wirklichkeit, Zwang zu Unmöglichem, Metamorphose der anthropologischen Strukturen, Ausgang. KULENKAMPFF will diesen Begriff und seine Implikationen als rein beschreibend, nicht aitiologisch verstanden wissen.
ZUTT (27) schreibt: "Jeder hat seine Achillesferse .... eine Empfindlichkeit des einzelnen Menschen gegen solche

Situationen, in denen seine Geborgenheit in der Daseinsordnung in Frage gestellt ist, gegen ordnungsspezifische Grenzsituationen."

In unserem Krankengut habe ich es mit einer bestimmten Selektion Jugendlicher zu tun, nämlich stationär wegen der Schwere der Symptomatik oder zur Abklärung der Diagnose aufgenommener Patienten. Die Frage kann hier also nur lauten: Wie sieht es mit den Diagnosen, der Symptomatologie etc. dieser Jugendlichen in Bezug auf die Krisenzeit der Pubertät aus und gibt es hier eine definierbare Pubertätskrise?

B Methodik und Methodenkritik

Es handelt sich um 87 Krankengeschichten stationär aufgenommener Jugendlicher aus den Jahren 1954 bis 1955 ohne nachweisbare organische Schädigung. Die Jahrgänge sind so gewählt, daß eine spätere katamnestische Untersuchung dieses sorgfältig bearbeiteten Materials möglich ist. Die Krankengeschichten werden tabellarisch aufgeschlüsselt, um eine möglichst umfassende Beschreibung des Erscheinungsbildes der Krisenzeit im Jugendalter zu gewinnen und mögliche aitiologische Faktoren in ihrer Bedeutung abzuschätzen. Die Ergebnisse werden mit einer Literaturauswahl, die organische, psychoanalytische und soziologische Aspekte umfaßt, verglichen. Das Hauptproblem liegt hier in den diagnostischen Schwierigkeiten, besonders für das Jugendalter. So benennen vielfach verschiedene diagnostische Begriffe das gleiche Erscheinungsbild. Auch variiert die Diagnostik

mit der persönlichen Einstellung und dem Ausbildungsstand der Untersucher. Schließlich existieren in den vorliegenden Krankengeschichten keine quantitativen Aussagen der qualitativen Befunde. Dadurch wird der Wert der Ergebnisse eingeschränkt, der jedoch in Literaturvergleichen eine gute Kontrolle findet.

C Ergebnisse der Untersuchung

1. Diagnosen

	(1954-1956) (stat. Krankengut)			(1959-1969) (poliklin. Krankengut)		
31 %	Psychopathie	1o		0		39 %
	Neurose	17	53	113	183	
	abnorme Erlebnis-reaktion	26		7o		
53 %	Pubertätskrise	9	45	7	84	29 %
	Schwererziehbar-keit	1o		7		
16 %	Psychose	15		96		32 %
1oo %		87 Pat.		293 Pat.		1oo %

Der Anteil der "Krisendiagnosen" abnorme Erlebnisreaktion, Pubertätskrise und Schwererziehbarkeit ist in unserem (stationären) Krankengut wesentlich häufiger, der Anteil der Psychosen wesentlich geringer als in der Übersicht der poliklinischen Fälle.

2. Wichtige Ereignisse und Symptome in der Kindheit nach Angaben der Eltern

Im 1.- 3. Lebensjahr bei 41 Patienten

Im 3.- 6. Lebensjahr bei 51 Patienten

Im 6.-11. Lebensjahr bei 58 Patienten

Wichtige Ereignisse und Symptome wiesen insgesamt 76 Patienten auf.

Ohne Auffälligkeiten waren 9 Patienten,

bei 2 Patienten lagen keine Angaben vor.

Alle Patienten mit der Diagnose "Pubertätskrise" zeigten bis auf einen, wo die Information fehlt, Auffälligkeiten in der Kindheit, die das normale Maß nach Meinung der Eltern übertrafen.

3. Wichtige Ereignisse und Symptome in der Kindheit der Diagnose "Pubertätskrise"

Pat.	i.Alter v.1-3J.	i.Alter v.3-6J.	i.Alter v.6-11J.
1	mit 2 Jahren Tod d.Vaters	sehr weich und zart, Konflikte mit dem Bruder	P.hing übermäßig an der Mutter
2	seit Geburt "allein", eigenwillig, jähzornig	lange und "tolle" Phantasien	Schlüsselkind
3	keine Angaben	Nägelknabbern	Angst bis heute nach sex.Spielereien
4	Daumenlutschen	Daumenlutschen	Daumenlutschen Mutter vor seinen Augen v.Russen erschlagen
5	unauffällig	unauffällig	traurig
6	unauffällig	unauffällig	wenn Mutter einkaufen ging, Angst, daß ihr etwas passieren könnte

(Fortsetzung S. 1o)

Pat.	i.Alter v.1-3J.	i.Alter v.3-6J.	i.Alter v.6-11J.
7	nächtl.Zähneknirschen über mehrere Jahre, durch Krieg von Eltern getrennt	ausgesprochenes Muttersöhnchen	Rückkehr d.Vaters aus dem Krieg, stärkste Eifersucht des Pat., spricht nur m.d. Mutter, wenn d. Vater nicht da ist
8	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben
9	keine Angaben	konnte nicht spielen	mürrisch, unkonzentriert

Bei einem Patienten liegen keine Angaben vor. Bei allen anderen existieren wichtige Ereignisse und Symptome in der Kindheit.

4. Aufzählung der einzelnen wichtigen Ereignisse und Symptome in der Kindheit aller Patienten

i.Alter v.1-3J.		i.Alter v.3-6J.		i.Alter v.6-11J.	
Ernährungsstörungen, Entwicklungsverzögerung	8	Spielstörungen	16	mit dem Schulbesuch zusammenhängende Störungen	15
übermäßige Verwöhnung	5	geringe Mutterzuwendung	12	geringe Mutterzuwendung	13
Traumen,Stresssituationen	4	Aggressivität	11	Elternproblematik	6
eigenwillig,jähzornig	4	Angst	1o	Angst	6
traurig,allein	4	übermäßige Zuwendung	6	Regressionen	5
Mutterverlust	3	Regressionen (Bettnässen, Ludeln,etc.)	6	Symptome	5
Angst	3	Symptome	5	sex.Spielereien mit Angst	4
gestörte Sauberkeitserziehung	3	überempfindlich	1	übermäß.traurig	2
nächtl.Zähnekn.	1	"tolle"Phantas.	1	Weglaufen	1
	35		68		57

In allen drei Lebensabschnitten liegen wichtige Ereignisse und Symptome in der Kindheit der Patienten vor. Auffällig ist deren Häufung im Alter von 3 bis 6 Jahren, besonders bei den Symptomen "Angst und Aggressivität".

5. Symptomatik der Jugendlichen

	Zahl d.Pat.	absol.Zahl
Störungen der körperl. Befindlichkeit	73	199
Ängste	55	111
Zwänge	16	24
Depressionen	3o	3o
S. V.	7	7
SV-Gedanken, Drohung	1o	1o
Regressionen (Bettnässen, Eudeln, etc.)	16	25
Veränderungs- u.Beeinflussungserleben der eigenen Person und der Umwelt	25	46
Halluzinationen	14	14
unkorrigierbare inadäquate oder falsche Vorstellungen d.Realität	18	23
Erregungszustände	23	23

Störungen der körperlichen Befindlichkeit und Ängste waren die bei weitem dominierenden und vielgestaltigsten Symptome. Mehrere Symptome der gleichen Gruppe traten oft bei einem Patienten zugleich auf.

6. Untergliederung einzelner Symptome

a) Ängste 1. etwas zerstört zu haben, zu zerstören; jemand soll ermordet werden; beim Tod eines Angehörigen oder um den Angehörigen, der sterben könnte; oder der Wunsch, daß der Angehöri-

ge stürbe; jemanden zu verlieren.

2. Korridor-, Keller-, Park-, Dunkel-, Straßen-, Schrank-, Fenster-, Wohnung-, Bett-, Einschlaf-, Nacht-, Verkehrsmittel-, Toiletten-Angst.
3. vor eigenem Tod, verletzt zu werden, daß etwas Zerstörerisches mit einem geschehe, Injektionen, Angst vor dem Ersticken, beim Schwimmen, bei Onanie.
4. vor der Bewältigung der Zukunft, das Richtige zu tun, vor Neuem.
5. vor Männern, beim Tanzen.
6. allgemeine Ängstlichkeit.
7. Kinder zu kriegen (bei Mädchen)
8. direkt vor Vater und Mutter.

Die Untergliederung der Ängste erfolgte rein beschreibend nach Angaben der Patienten. Verschiedene Kategorien dieser Untergliederung lassen sich entweder einer Schuldangst oder einer Phobie zuordnen, z. B. sind 2., 5., 7., und 8. Phobien.

b) Zwänge 1. Wegzulaufen,
2. zum Grübeln,
3. zum Waschen,
4. zur Pedanterie.

c) Unkorrigierbare Fehlurteile

1. Zerstörung des Patienten
2. Zerstörung der Umwelt
3. Beeinflussungsideen
4. Bezugsideen
5. Bestrafungs- und Schuldideen

7. Symptome und Lebensalter

(Diese Alterseinteilung wird später begründet)

Symptome	I.i.Alter v. 12-15 J.	II.i.Alter v. 16-18 J.	insgesamt
Veränderungsgefühl der eigenen Person	4	21	25
Veränderungsgefühl der Umwelt	6	15	21
Wahrnehmungen ohne reales Objekt	3	11	14
Unkorrigierbare Fehlurteile	14	28	42
Erregungszustände	8	15	23
Ängste (Aufgliederung oben)			
Angst 1	8	3	11
" 2	7	16	23
" 3	1o	22	32
" 4	2	2	4
" 5	o	9	9
" 6	4	14	18
" 7	o	3	3
" 8	2	9	11
Zwänge	12	14	26
Depressionen	7	23	3o
S.V.	o	7	7

S.V.-Gedanken	3	7	1o
Regressionen	19	6	25
Störungen des körperlichen Wohlbefindens			
1. Kopfschmerzen	13	18	31
2. Störungen des Verdauungssystems und der Nahrungsaufnahme	13	18	31
3. Schlafstörungen	8	13	21
4. Störungen der Motorik	14	18	32
5. Unruhe	2	11	13
6. Gefäßsystemstörungen	3	8	11
7. Herzsymptomatik	4	9	13
8. Konzentrationsschwäche	6	13	19
9. Schwindel	1	8	9
1o. Atembeschwerden	1	5	6
11. Schmerzen, Hyperästhenien	2	11	13
			199

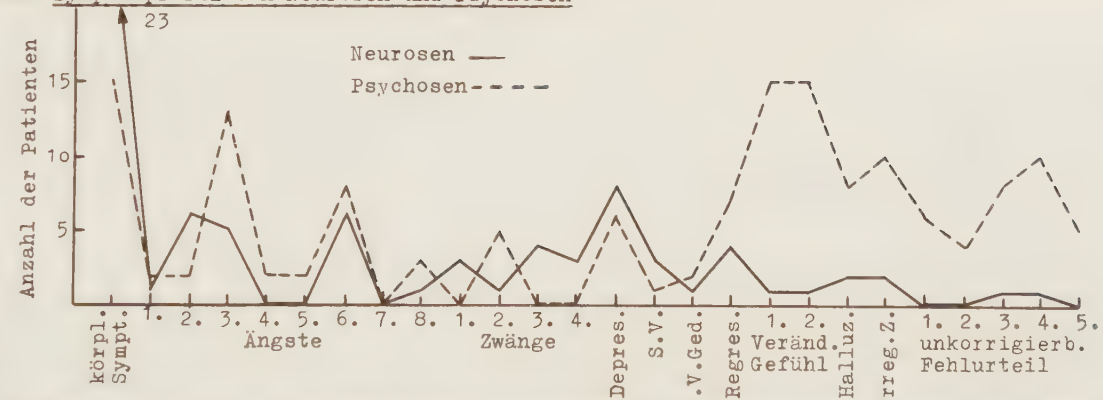
Ein geringer Anteil psychotischer Symptome in der Gruppe I mit Überwiegen der unkorrigierbaren Fehlurteile; in der Gruppe II überwiegt das Veränderungs- und Beeinflussungserleben der eigenen Person. Erregungszustände sind in beiden Gruppen unwesentlich verschieden; apathische Zustände traten nur in der Gruppe II auf. Ängste sind vielgestaltiger und häufiger in der Gruppe II; direkte Angst vor Männern oder beim Tanzen trat in der Gruppe I überhaupt nicht auf. Zwänge sind häufiger in der Gruppe I. Depressive Bilder sowie Suicide und Gedanken oder Drohungen des S.V. sind weit häufiger in der Gruppe II. Störungen der körperlichen Befindlichkeit sind insgesamt häufiger in der Gruppe II; Störungen der Motorik sind häufiger in der Gruppe I.

8. Verteilung der Symptome auf die Diagnosen

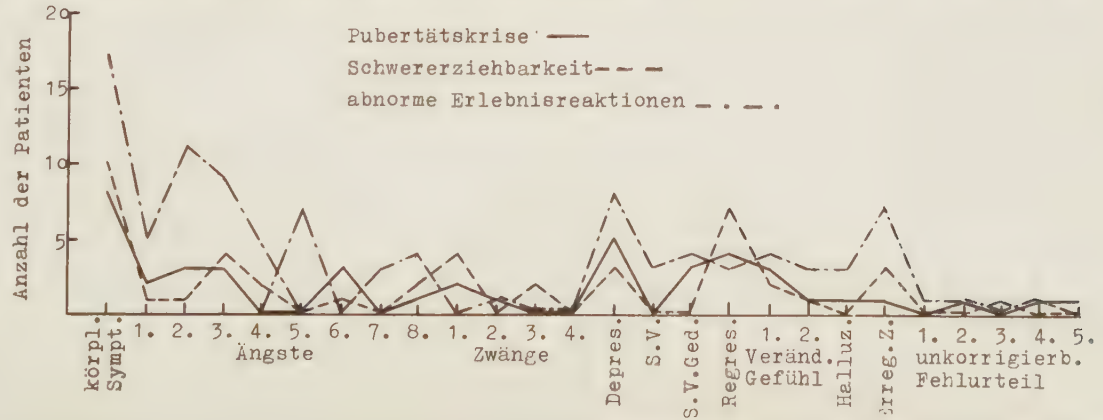
		Psychose	Neurose	abn.Erl. Reakt.	Pubert. Krise	Schwer- erz.	insg.
Körp.Sympt.		15	23	17	8	1o	73
Ängste	1.	2	1	5	2	1	11
	2.	2	6	11	3	1	23
	3.	13	5	9	3	4	32
	4.	2	o	o	o	2	4
	5.	2	o	7	o	o	9
	6.	8	6	o	3	1	18
	7.	o	o	3	o	o	3
	8.	3	1	4	1	2	11
Zwänge	1.	o	3	o	2	4	9
	2.	5	1	1	1	o	8
	3.	o	4	o	o	2	6
	4.	o	3	o	o	o	3
Depr.		6	8	8	5	3	3o
S.V.		1	3	3	o	o	7
S.V.Ged.		2	1	4	3	o	1o
Regr.		7	4	3	4	7	25
Veränd. Gefühl	1.	15	1	4	3	2	25
	2.	15	1	3	1	1	21
Halluz.		8	2	3	1	o	14
Erreg.Z.		1o	2	7	1	3	23
Unkorrig. Fehlurt.	1.	6	o	1	o	o	7
	2.	4	o	1	1	o	6
	3.	8	1	o	o	1	1o
	4.	1o	1	1	1	o	13
	5.	5	o	o	1	o	6

Es gibt wenige Symptome, die nicht jede der Diagnosen aufweist. Jedoch sind starke Differenzen der Häufigkeit, besonders der Zwangssymptomatik und der psychotischen Symptomatik festzustellen. Zur Verdeutlichung der Ergebnisse folgen graphische Darstellungen des Symptomenprofils für die verschiedenen Diagnosen.

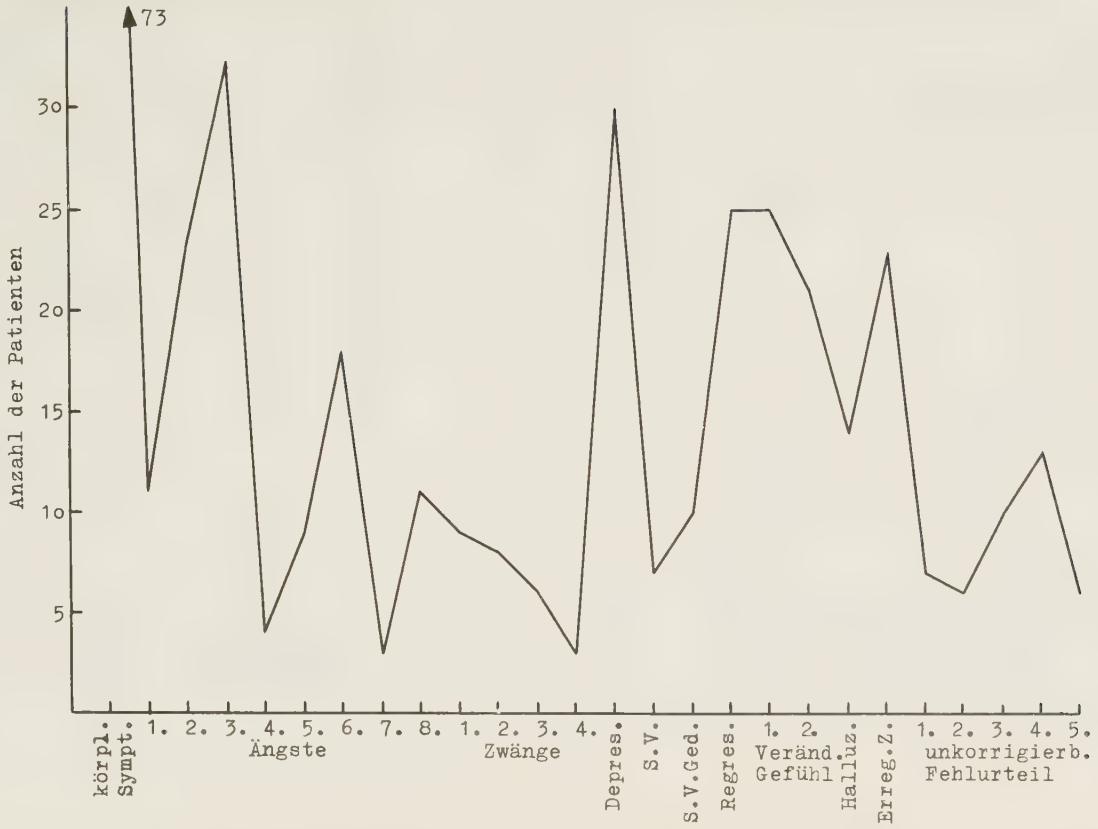
8a Symptomprofil von Neurosen und Psychosen



8b Symptomprofil von abnormen Erlebnisreaktionen, Pubertätskrise u. Schwererziehbarkeit



8c Gesamtkurve aller Patienten



9. Lebensalter und Diagnose (1954-1956)

a)

	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18. Lebensjahr		
Psycho-pathie	1	3	o	2	3	o	1	insges.	1o
Neurose	o	1	3	2	2	5	4	"	17
abnorm. Erlb.R.	2	1	1	1	5	8	8	"	26
Pub.Kris.	o	o	1	3	3	1	1	"	9
Schwer.-Erziehbk.	3	3	1	2	1	o	o	"	1o
Psychose	o	o	o	2	6	4	3	"	15
									87 Pat.

32 Patienten waren 12 bis 15 Jahre alt; 55 Patienten 16 bis 18 Jahre. Da die Zahlen in der obigen Tabelle sehr klein wurden, habe ich eine Aufstellung der ambulanten Patienten der psychiatrischen Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Freien Universität Berlin über 1o Jahre (1959-1969) vorgenommen.

b)

	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18. Lebensjahr		
Psycho-pathie	o	o	o	o	o	o	o	insges.	o
Neurose	1	1	7	12	22	39	41	"	123
abnorm. Erlb.R.	1	3	3	2	13	16	36	"	74
Pub.Kris.	o	o	o	3	3	o	1	"	7
Schwer-Erziehbk.	2	3	o	o	1	o	1	"	7
Psychose	o	o	3	6	22	33	32	"	96
									3o7 Pat.

47 Patienten waren 12 bis 15 Jahre alt, 26o Patienten 16 bis 18 Jahre alt. Ein deutlicher Häufigkeitssprung existiert in beiden Kollektiven für die Diagnose Psychose und abnorme Erlebnisreaktion. Die Diagnose Pubertätskrise hat in beiden Kollektiven ihren Häufigkeitsgipfel im 15. und 16. Lebensjahr.

1o. Konstitution

a)

retard.	8	Die überwiegende Zahl der Patienten weist einen altersentsprechenden Konstitutionswandel auf. Retardierung und Akzeleration sind gleich häufig vertreten.
akzell.	8	
asynchr.	1	
altersentspr.	7o	

b) Es handelt sich um 44 Patienten männlichen und 43 Patienten weiblichen Geschlechtes. Beide Geschlechter sind demnach gleich häufig betroffen.

11. Geburt der Patienten

normal	4o	Überwiegend lag keine Störung der Geburt der Patienten vor.
Komplikat.	1o	
keine Angaben	37	

12. Geisteskrankheiten in der Familie

bekannt bei	13	Geisteskrankheiten in der Familie sind überwiegend nicht vorhanden.
nicht vorhanden	59	
keine Angaben	15	

13. Verhaltensweise der Jugendlichen

Erster Eindruck des behandelnden Arztes.

adäquat, altersentsprechend	3o	gepflegtes Äußeres	73
kontaktscheu, verstört, depressiv, ängstlich, selbstunsicher	33	ungepflegt	8
distanzlos, übermütig, bockig	17	besonders gepflegt	6
kindlich	7		
	87		87

Die Patienten sind nach dem ersten Eindruck des behandelnden Arztes überwiegend von gepflegtem Äußerem und gestörtem Verhalten. Die Anzahl der adäquat und altersentsprechend wirkenden Patienten ist jedoch hoch.

14. Verhaltensauffälligkeiten finden sich bei allen Patienten.

Aufzählung der Auffälligkeiten

	i.Alter v. 12-15 J.	i.Alter v. 16-18 J.	insg.
Aggressivität und Protesthaltung, allgem.Menschenfeindlichkeit	22	2o	42
aggressiv gehemmt	6	6	12
kontaktscheu, Isolationsempfinden	18	2o	38
direkt mitgeteilte Ablehnung sexueller Problematik	1	16	17
homosexuelle Episoden	o	5	5
Onanie	3	8	11
Schuldgefühle in Bezug auf das Sexualverhalten	1	4	5
Unsicherheit	11	14	25
Geltungsstreben, übermäßiger Ehrgeiz, Minderwertigkeitsgefühle	4	11	15
Interesselosigkeit, Indifferenz, stark verlangsamt, apathisch	2	1o	12
verträumt	o	9	9
Trinken, Rauchen, Schuleschwänzen, Lügen	6	4	1o
kindliche Affektivität,verspielt	2o	2	22

Es finden sich bei den Patienten häufig Kombinationen dieser Auffälligkeiten, besonders im Bereich von Selbstunsicherheit, Aggressivität und Isolationsempfinden. Die häufigsten Auffälligkeiten sind Aggressionen, Kontaktstörungen, Unsicherheit und Geltungsstreben, sowie kindliche Affektivität. Es zeigen sich deutliche Unterschiede in den Altersgruppen.

15. Verhaltensmuster unter der Diagnose "Pubertätskrise".

Patienten	1	2	3	4	5	6	7	8	9	insg.
Selbstunsicherheit	x		x	x		x	x	x	x	7
Aggressivität	x	x	x	x	x		x			6
Störungen der Selbsteinschätzung	x		x							2
Isolationsempfinden			x				x		x	3
Onanie		x					x			2
homosexuelle Episoden		x								1
Phantasien		x				x				2

Die Patienten 2, 5, 6 und 7 gehören zu der Altersgruppe der 16-18-Jährigen.

Dieses Muster entspricht dem Ergebnis der Tabelle 14.

16. Elternbeziehung (nach Schilderung der Jugendlichen)

a)

Beziehung zur Mutter	i.Alter v. 12–15 J.	i.Alter v. 16–18 J.	insg.
übermäßige Zuwendung	16	12	28
Einengung	15	11	26
Vernachlässigung	1o	1o	2o
Verständnislosigkeit	8	14	22
abstoßendes Verhalten dem Patienten gegenüber	1	9	1o
Induktion von Schuldgefühlen im Patienten	o	8	8
gutes Verhältnis	2	6	8

b)

Beziehung zum Vater			
übermäßige Strenge	17	16	33
Unbeherrschtheit	1	2	3
kein Verständnis	4	8	12
Angst vor dem Vater (sex.)	o	3	3
Vatersehnsucht	2	3	5
Indifferenz	3	5	8
Vernachlässigung	o	2	2
guter Kontakt	3	6	9

Die häufigsten Schilderungen der Beziehung der Mutter zu den Patienten sind: übermäßige Zuwendung, Einengung, Vernachlässigung.

Der Vater wird überwiegend als übermäßig streng charakterisiert. Altersgruppenunterschiede werden in einigen Punkten deutlich.

17. Charakteristik der Eltern durch den behandelnden Arzt.

a) Charakteristik des Vaters

	i.Alter v. 12-15 J.	i.Alter v. 16-18 J.	insg.
jähzornig, unbeherrscht	5	6	11
streng, rechthaberisch	8	9	17
kümmert sich nicht um den Patienten	4	5	9
verständnislos	o	4	4
übermäßig ehrgeizig	o	1	1
trinkt	2	6	8
unauffällig	3	8	11

keine Angaben bei 26 Patienten

b) Charakteristik der Mutter

unzufrieden, nervös, reizbar, ungeduldig, belastet, primitiv	1o	1o	2o
übermäßig streng	8	5	13
verständnislos	4	8	12
"neurotisch"	5	7	12
vernachlässigend	1	4	5
unselbständig, unsicher	3	1	4
depressiv	1	4	5
S. V.	2	o	2
übermäßig ehrgeizig	o	1	1
überidealistisch	o	1	1
trinkt	1	3	4
unauffällig	9	15	24

keine Angaben bei 12 Patienten

(in der Muttercharatkeristik wurden häufig mehrere Eigenschaften einer Person getrennt registriert).

Vom behandelnden Arzt wird der Vater hauptsächlich als jahzornig, unbeherrscht, streng und rechthaberisch oder als unauffällig beschrieben, die Mutter als unzufrieden, übermäßig streng, verständnislos und "neurotisch". Die Anzahl der Angabe "unauffällig" übertrifft jedoch jede einzelne aufgeführte Eigenart. Unterschiede in den Altersgruppen sind vorhanden.

18. Soziologische Elterndaten

a) Vater

Berufe		Existenz		jetziges Alter	
Akademiker	4	tot: Krieg	19	2o-3o Jahre	1
		Krankh.	5		
Beamter, Angestellter, Kaufmann	15	vermißt	8	3o-4o Jahre	5
		unbekannt	2	4o-5o Jahre	2o
Arbeiter, Handwerker	19		34	5o-6o Jahre	9
				6o u.darüber	4
Künstler	2	lebt	53		39
ohne Beruf	2		87	keine Angab.	48
	42				87
keine Angaben	22				

Die Väter waren überwiegend Beamte, Angestellte, Kaufleute oder Handwerker und Arbeiter. Ein sehr hoher Anteil der Väter war für die Familie nicht existent, insbesondere im Krieg gefallen. Das Alter der Väter liegt überwiegend zwischen 4o und 5o Jahren.

b) Mutter

Berufstätigkeit		Existenz		jetziges Alter	
berufstätig	3o	lebt	71	2o-3o Jahre	o
Hausfrau	31	tot	16	3o-4o Jahre	17
keine Angaben	18			4o-5o Jahre	23
				5o-6o Jahre	7
				6o u.darüber	o
				keine Angab.	4o
					87

Die Mütter waren in hoher Zahl berufstätig, ihr Durchschnittsalter lag zwischen dem 4o. und 5o. Lebensjahr.

c) Ehe

intakt	46	
Schwierigkeiten	2o	Eheschwierigkeiten,
geschieden	12	Scheidungen und neue
neuer Partner des Vaters	1o	Partner sind insge-
der Mutter	12	samt sehr häufig.
keine Angaben	9	

d) Erziehung überwiegend durch:

Vater	5	Die Erziehung wurde zumeist
Mutter	16	von beiden Eltern durchge-
beide	45	führt. Eine nicht unerheb-
Großeltern	8	liche Patientenzahl wurde
Heim	8	von Großeltern, in Heimen
Pflegeeltern	5	oder von Pflegeeltern er-
	87	zogen.

e) Aufklärung des Patienten (sexuell)

keine	1o	Diese Zahlen sind wegen der
Eltern	4	große Anzahl "keine Anga-
andere Personen	23	ben" sehr problematisch.
selbst	2	Es scheint jedoch, daß die
keine Angaben	48	sexuelle Aufklärung durch
		die Eltern problematisch
		war.

f) Umzüge	2o	Die Anzahl an Umzügen und
keine Angaben	3o	Flucht war relativ hoch.
Flucht	15	
keine Angaben	35	

g) Ökonomische Verhältnisse (grobe Schätzung)

schlecht	43
besser	42
keine Angaben	2

19. Freundschaften

		i.Alter v. 12-15 J.	i.Alter v. 16-18 J.	insg.
gleichgeschlechtl. Freundschaften	ja	18	31	49
	nein	7	12	19
	keine Angaben			19
gegengeschlechtl. Freundschaften	ja	7	14	21
	nein	24	29	53
	keine Angaben			13
sexuelle Beziehungen	ja	2	4	6
	nein	28	35	63
	keine Angaben			18
Isolationsempfinden	ja	18	2o	38
	nein	14	35	49

Die Beziehung zu Freunden und Freundinnen ist häufig gestört und in den Altersgruppen deutlich unterschiedlich. Das Isolationserleben ist deutlich hervorzuheben.

2o. Geschwister

a) Brüder	13	b) Patient ist:	
Schwestern	24	1. Kind	18
beides	22	2. Kind	2o
keine	25	3. Kind	1o

c) Geschwisterkontakt

Vorziehen des Geschwisters (durch Eltern)	24
kein Vertrauen	11
oberflächl. Kontakt	6
guter Kontakt	9

Überwiegend waren Geschwister in der Familie. Ein guter Kontakt der Geschwister untereinander wird in den wenigsten Fällen angegeben. Das Gefühl der Bevorzugung des Geschwisters war die hauptsächlichste Begründung.

21. Schule

a)

O.P.Z.	28
O.T.Z.	8
O.W.Z.	8
Fachschule	6
Lehre	37
	87

b)

1) Wohlfühlen i. Beruf bzw. Schule
ja 19, nein 58, keine Angaben 1o

2) häufiger Arbeitsplatzwechsel	9
keine Angaben	6
3) Arbeitsstörungen	7o
ungestört	14
keine Angaben	3
4) Kontakte am Arbeitsplatz	23
keine Kontakte	46
keine Angaben	18

Der kleinere Anteil der Patienten besuchte die Oberschule wissenschaftlichen Zweiges oder eine Fachschule, zumeist handelte es sich um Lehrlinge oder Schüler der Oberschule praktischen Zweiges.
Ganz überwiegend war die Arbeitsplatzbeziehung gestört.

22. Gegenüberstellung von Symptomen, Kindheitsschilderungen und Elternbeziehungen.

Pat.		i.Alter v. 1-3 J.	i.Alter v. 3-6J.	i.Alter v. 6-11 J.	Vater-bezieh.	Mutter-bezieh.
55	Ängste	22 h	18 g 17 b	19 a 16 b,c,d	31 g 3o o	31 m 2o b 19 n
16	Zwänge	1o h	5 b 4 g	7 a	9 o 5 g	7 n 6 m
3o	Depressionen	5 i	7 g	7 a,e	8 o 5 k	8 m 7 o
25	Veränderungsgefühl	13 b	16 f	13 a 11 f	1o g 6 k	16 m 2o n
18	unkorrigierb. Fehlurteile	8 b 7 f 7 c	13 f 12 c	19 a 13 a	16 g 9 j	1o m 7 j 6 n
16	Regressionen	3 c	4 c 3 f	5 c 4 l	4 g 1 o	3 b 3 n

a familiäre Auseinandersetzungen
b Aggressivität
c Symptome
d Angst
e Stress-Situationen
f Isolation
g Trennung von den Eltern
h empfindliche, schreckhafte Persönlichkeit
i zarte, weiche Persönlichkeit
j Ambivalenz
k Vaterbindung
l Geschwisterkonflikt
m wenig Zeit, Liebe, Verständnis
n Mutterfixation
o Einengung

Die Gegenüberstellung von Symptomen, Kindheitsschilderungen und Elternbeziehungen zeigt bestimmte Häufungen des Zusammenfallens dieser Faktoren, die nicht spezifisch sind. Die Ergebnisse werden direkt im Text geschildert.

D Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

1. Diagnosen in unserem Krankengut.

In dem bearbeiteten Krankengut überwiegt der neurotische Formenkreis den psychotischen; die "Krisendiagnosen" (Pubertätskrise, Schwererziehbarkeit, abnorme Erlebnisreaktion) machen den Hauptteil aus. Diese Zuordnung wird später im Text begründet. Die abnorme Erlebnisreaktion wird im wesentlichen als neurotisch determiniert angesehen mit einer "pubertäts"-erlebnisreaktiven Komponente. In dem Tätigkeitsbericht der jugendpsychiatrischen Poliklinik der FU (28) findet sich ein wesentlich niedrigerer Anteil der Diagnose Pubertätskrise, es überwiegt die Diagnose Neurose. Ein Häufigkeitssprung der Psychodiagnosen liegt zwischen dem 15. und 16. Lebensjahr. Wenn STUTTE (9) das Pubertätsalter als Prädilektionsalter für Psychosen besonders Hebephrenien ansieht, müssen diese Altersverhältnisse als Faktum mitberücksichtigt werden. KULENKAMPFF (29) spricht wegen des anderen anthropologischen Standpunktes der psychotischen Adoleszenten (Verselbständigung, genitale Reife, Berufsfähigkeit) von psychotischen Adoleszentenkrisen. Psychotische bzw. schizophrene Reaktionen sind vielfach in der analytischen Literatur beschrieben (HOLMES (19), BLOS (18), FREUD,A. (16), die nicht von endogenen Psychosen unterschieden

werden können. V. BAEYER (4) stellt die Frage, ob solche Fälle, in denen sich reaktive bzw. neurotische und endogene Komponenten unentwirrbar miteinander verbinden, und persönliche Probleme der Reifung, der biologisch-psychologisch-sozialen Verselbständigung der Persönlichkeit eine bedeutende Rolle spielen, Adoleszenzkrisen genannt werden sollten. BOSCH (4) beschrieb einen solchen Fall im Rahmen des depressiven Formenkreises.

Der überwiegende neurotische Diagnosenanteil unseres Krankengutes deckt sich mit Aussagen von STUTTE (9) und mit der Statistik der Poliklinik für Jugendliche der FU (28). 4oo Jugendliche, welche die Poliklinik in zwei Jahren aufsuchten, stehen 6o stationären Patienten gegenüber; das Verhältnis ist etwa 6,6 zu 1. Die Ursache dafür sehe ich: 1. in einer leichteren Symptomatik, 2. in der Selektion auf Grund der Kenntnis der hohen Remissionsrate der Verhaltensanomalien Jugendlicher, die eine stationäre Therapie erübrigt (FÖRSTER, V. HARNACK, STUTTE (9)). Das bedeutet, daß die überwiegende Zahl der Störungen als Krisenausdruck des Jugendalters aufgefaßt werden müssen. Eine Differenzierung neurotischer Störungen im stationären Krankengut ist, wie oben ausgeführt, jedoch nicht möglich. Die Untersucher der Poliklinik (28) lehnten in ihrer statistischen Arbeit eine Untergruppierung der Rubrik "primär oder vorwiegend psychogene Störungen" ab, da in hohem Maße die Konzeption der Untersucher in die Diagnosenklassifikation mit eingehe. So ist die Entscheidung, ob die Symptomatik ernsthaft neurotisch oder vorwiegend Krisenausdruck ist, zum Zeitpunkt

des Auftretens an sich nicht möglich und kann nur katamnestisch gefällt werden, zumal die Kindheitsanamnesen in unserem Krankengut in nur 9 Fällen unauffällig sind. Unter der Diagnose "Pubertätskrise" weisen alle Patienten Auffälligkeiten in der Kindheit auf, die das normale Maß nach Meinung der Eltern übertrafen (in einem Fall liegt keine Information vor). Fast die Hälfte der Patienten zeigte schon im Alter von 1-3 Jahren Auffälligkeiten oder war besonderen Stress-Situationen ausgesetzt. Auf die Beziehung kindlicher Störungen zu Symptomen wird später eingegangen.

Die Diagnose "Pubertätskrise" wurde 1966-1968 in der Poliklinik der FU (28) überhaupt nicht gestellt und 1969 bis November 1970 in nur 8 Fällen. Darunter wurde eine akzentuierte Neurose oder eine psychotische Reaktion verstanden (PETRI (30)). Hier liegt ein definitorischer Unterschied zu den durch Längsschnittbeobachtungen als Krisen ausgewiesenen Verhaltensstörungen (FÖRSTER (9), V. HARNACK, STUTTE), die eine Differenzierung zum "Normalen" beinhalten, während die Poliklinikdiagnose eine Differenzierung zur Neurose bzw. Psychose vornimmt. Damit sind die zwei prinzipiellen Möglichkeiten der Einkreisung der Diagnose Pubertätskrise genannt. Die Diagnose Endokrinopathie und Puberaldystrophie wurde in unserem Krankengut nicht gestellt.

2. Die Symptomatik

Um die Fehlerquellen der Diagnostik zu umgehen, wurde ein Symptomenprofil aufgestellt, in dem auch die oben beschriebenen diagnostischen Schwierigkeiten ablesbar sind. Es gibt wenige Symptome, die nicht jede der Diagnosen aufweist. Die Muster der Profile der verschiedenen Diagnosen sind unterschiedlich. Dia Diagnose "Pubertätskrise" ist qualitativ im Einzelfall nicht zu stellen, jedoch zeigt sie ein bestimmtes Muster für ein Kollektiv von "Pubertätskrisen". Ob diese Muster für eine bestimmte Diagnose charakteristisch sind, kann nur eine große statistische Untersuchung zeigen. Die Ergebnisse sind als Voruntersuchungsergebnisse bei guter Übereinstimmung mit der Literatur zu verstehen.

Im Bereich der Ängste folgt die Diagnose "Pubertätskrise" mehr der Neurose. Wie bei dieser treten in geringem Maße Veränderungserleben und unkorrigierbare Fehlurteile auf. Die Diagnose abnorme Erlebnisreaktion zeigt neurotische und psychotische Symptome, starke Gefühlsintensitäten und besonders auch Angst vor der Bewältigung der Zukunft, vor Männern beim Tanzen und direkt vor den Eltern. Die Diagnose Erziehungsschwierigkeiten weist, wie die beiden vorigen Diagnosen, psychosomatische Beschwerden auf, hinzu treten Angst vor der eigenen Zerstörung, geringe Depressionen und mehr Regressionen als in den beiden anderen Diagnosen. Der Zwang wegzulaufen ist hier gehäuft. Neurosen enthalten Symptome, die häufig bei Psychosen auftreten und Psychosen enthalten neurotische Symptome, d. h. daß meines Erachtens sämtliche Muster als pubertätsspezifisch aufgefaßt werden

können. In der analytischen Literatur wurde eine Fülle von Material, das die Aussagen der Muster unterstützt, zusammengetragen (HOLMES (19), BLOS (18), A. FREUD (16), DEUTSCH (31)) und psychodynamisch interpretiert.

Einige sehr häufig bei Psychosen anzutreffende Symptome wie z. B. Halluzinationen (68) bei Neurosen müssen bei einem Teil der Patienten als psychogen gedeutet werden, da sie hauptsächlich nach vollendeter somatischer Reife auftreten, also nicht auf Puberaldystrophie oder auf Endokrinopathie beruhen können und von den anderen Diagnosen geteilt werden. Vielleicht handelt es sich auch mitunter um erst später sich manifestierende Psychosen oder um die in der Literatur beschriebenen nichtdiagnostifizierbaren Mischbilder. BERNFELD (18) sah im Libidoenergieentzug von der objektiven Welt und in der Hinwendung zu narzisstischem Rückzug und Verlust des Realitätsprinzips einen Zustand, der dem beginnender Psychosen außerordentlich ähnelt. "Die besondere Ähnlichkeit zwischen dem Pubertätsverlauf und psychotischen Schüben scheint nebenbei noch in dem Hervortreten primitiver Abwehrhaltungen zu liegen, die der Angst des Ichs vor der Triebstärke zugehören, also eine Angst, die älter ist als alle Real- und Gewissensangst" (A. FREUD (16). Die psychotische Symptomatik des neurotischen Formenkreises, wie sie sich in den Mustern des Symptomprofiles ausdrückt, ist demnach pubertätsspezifisch.

Wie verhält es sich nun aber mit der neurotischen Symptomatik der Psychosen? Die naheliegendste Erklärung wäre, daß neben der Psychose die Pubertät abläuft und diese durch die Psychose im besonderen Maße gestört, in deutlich neurotischer Art. SULLIVANs (17) Theorie des Ineinanderübergehens neurotischer und psychotischer Abwehrmechanismen scheint für einige Fälle, die analytisch abgeklärt wurden, zuzutreffen (A. FREUD (16), FORD (32)). Das Ausklinken der Psychosen in diesem Alter kann analytisch gesehen verstanden werden; das Konzept der Somatose bietet keine Erklärung für dieses Phänomen. In einer Untersuchung einer Schweizer Klinik fanden sich bei 1oo Schizophrenien in 72 Fällen neurotische depressive und neurasthenische Symptome in der Anamnese (33). BLEULER(33) fand bei Schizophrenien häufig neurotische Anamnesen. Noch höhere neurotische Anteile fanden SÜLLWOLD-STRÖTZEL und KISKER (33). In langfristigen Reihenuntersuchungen von CANESTRINI (33) ergab sich bei poliklinisch untersuchten Neurosen eine gegenüber der Gesamtbevölkerung nicht oder kaum erhöhte Schizophreniemorbidität. Es wäre auch an eine von HOCH und POLATIN (34) beschriebene pseudoneurotische Schizophrenie zu denken, bei der neurotische Symptomatik die schizophrene zunächst überdecken soll. SIMKO (34) und LLAVERO sehen in der neurotischen Symptomatik dieser Schizophrenien psychische Kompensationsmechanismen der Reflexivität (se ipsum per se ipsum videt, Augustin) gegen die einbrechende Noxe(schizophrener Prozeß), wobei sie das Neurotische als besondere Gestaltqualität und zwar als ein Modus des reflexiven Erlebens

mit defensiver Funktion (HOFF (34)) betrachten. Eine endgültige Beurteilung dieses Problems ist zur Zeit nicht möglich. In unserem Krankengut läßt sich die neurotische Symptomatik der Psychosen am einfachsten aus der Krisenzeit der Pubertät verstehen. Zudem ist die Abgrenzung einer schizophrenen Reaktion von echten Schizophrenien in diesem Lebensalter mitunter unmöglich. VILLINGER (9) fand, daß "auch dem Erfahrenen die Abgrenzung gegen Psychopathie, abnormer Erlebnisreaktion und beginnender Psychose fast unmöglich ist."

Die Schwererziehbarkeit ist wahrscheinlich der ersten Trotzphase der ersten Pubertätsphase nach TRAMER (1o) und der negativen ersten Phase nach BÜHLER (25) gleichzusetzen. Diese Autoren haben mehr Gewicht auf die Charakteristik der Jugendlichen gelegt, als auf Ängste, Zwänge, Regressionen, die die Schwererziehbarkeit als "spezielle" Neurose ausweisen. In unserem Krankengut sind Aggressivität, kindliches Verhalten und kindliche Affektivität, Unsicherheit und Isolationsempfinden die häufigsten Charakteristika dieser Jugendlichen.

Ich faßte die Diagnosen Pubertätskrise, abnorme Erlebnisreaktion und Schwererziehbarkeit in diesem Zeitabschnitt oben als "Krisendiagnosen" zusammen. Das scheint mir legitim, da in der Diagnose abnorme Erlebnisreaktion typische puberale Schwierigkeiten und Gefahren stecken, wie die Angst vor der Bewältigung der Zukunft, vor dem anderen

Geschlecht, direkt vor den Eltern neben starken Gefühlsintensitäten. Die Schwererziehbarkeitsdiagnose hat in der pubertären Trotzphase ihr Korrelat.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Neurosen und Psychosen pubertätsspezifisches Gepräge haben, daß drei "Krisentypen" diagnostiziert wurden, und daß eine scharfe Definition dieser Krisen in Abgrenzung zu anderen Diagnosen und untereinander nicht möglich ist bis auf deutliche Differenzen zu den Psychosen.

Das Gesamtprofil unter Auflösung der diagnostischen Kategorien eignet sich gut zu einem Überblick über die Symptome, unter denen diese Selektion Jugendlicher leidet. Die bestimmte Selektion macht einen quantitativen Vergleich mit anderen Arbeiten äußerst schwierig, da die Unterschiede der Arbeitsorganisation der Kliniken groß ist, deren Einzugsgebiete verschieden sind; vom Arzt in der Praxis behandelte, fürsorgerisch betreute und wegen Delikten inhaftierte Jugendliche sind für einen Vergleich ebenfalls nicht geeignet. So stellt sich z. B. das Problem psychosomatischer Störungen bei verwahrlosten Jugendlichen in Fürsorgeheimen (AICHHORN (35)) gar nicht oder nur am Rande zur Diskussion. Die festgestellten Häufigkeiten sind also nicht ohne weiteres auf andere Selektionen auffälliger oder gestörter Jugendlicher zu beziehen.

Die häufigsten Symptome sind Ängste und Störungen des körperlichen Wohlbefindens ohne organischen Befund. Das häufige Zusammentreffen beider Symptomengruppen und die

Kombination mit anderen neurotischen Symptomen legt nahe, daß es sich vorwiegend um psychosomatische Störungen handelt. Ein weiterer Hinweis dafür liegt in den häufigen, gestörten Kindheitsentwicklungen. HOLMES (19) schreibt auf Grund seiner Erfahrungen, daß es zumindest eine wesentliche Voraussetzung für die Umwandlung eines neurotischen Charaktersymptoms in ein psychosomatisches Symptom gäbe, nämlich eine Lebenssituation, die gegen den pathologischen Charakterabwehrmechanismus gerichtet ist. HOLMES beobachtete eine Anzahl von anfänglich gefühlskalten, ungestört scheinenden, aggressiven Rechtsbrechern, die diese Umwandlung vollzogen, mit einer parallelen Entwicklung von einem deutlichen Ansteigen frei schwebender Angst und solchen psychogenen physischen Beschwerden wie Erbrechen, Diarrhoen und Hautstörungen. Diese Lebenssituation liegt in der Familie, am Arbeitsplatz, in der Schule vor. FROMM (24) beschrieb ausführlich die repressive Struktur dieser Einrichtungen. Interessant sind in diesem Zusammenhang neue Erscheinungen mit der in unserer Zeit stattfindenden Auflösung repressiver Strukturen, wofür z. B. die zeitlich korrespondierende Zunahme der Drogenabhängigkeiten, insbesondere vom Cannabistyp beispielhaft ist (36). Die Jugendlichen mit Störungen des Verdauungssystems werden in unserem Krankengut am häufigsten mit Störungen der Aggressivitätsentstehung und -verarbeitung geschildert, dem Hauptproblem der von HOLMES geschilderten Fälle. So stellt sich ein psychosomatisches Symptom als Resultante einer neurotischen Fehlentwicklung und einer bestimmten Ausdrucksmöglichkeit des Charakters in der Umwelt dar.

Den vier häufigsten psychosomatischen Symptomen habe ich die am häufigsten zu findenden Schilderungen der kindlichen Entwicklung und der Charakteristik der Jugendlichen gegenübergestellt. Störungen des Verdauungssystems: Im Alter von 1-3 Jahren: Zerstören, Wut, leichte Erregbarkeit; im Alter von 3-6 Jahren: Verwöhnung, Mutterfixation; im Alter von 6-12 Jahren: Traumen. Die Jugendlichen werden in der Hauptsache mit Störungen der Aggressivitätsentstehung und -verarbeitung charakterisiert.

Kopfschmerzen: Im Alter von 1-3 Jahren: Ängstlich, nicht froh; im Alter von 3-6 Jahren: Verwöhnung; im Alter von 6-11 Jahren: Lügen, Weglaufen und Symptome. Die Charakteristik der Jugendlichen ist: Selbstunsicherheit, Aggressivität, starke Affektschwankungen.

Störungen der Motorik: Im Alter von 1-3 Jahren: Ernährungsstörungen, Krankheitsschwäche, aggressiv, leicht erregbar; im Alter von 3-6 Jahren: Stark eingeengt, zart-schwach, instabile Umgebung; im Alter von 6-11 Jahren: Isolation, Zurückgesetztwerden, Angst. Die Charakterisierung der Jugendlichen ist: Aggressivität, depressiv, gehemmt, starke Affektschwankungen.

Schlafstörungen: Im Alter von 1-3 Jahren: Krank, schwächlich; im Alter von 3-6 Jahren: Isolierung; im Alter von 6-11 Jahren: Auseinandersetzungen mit den Eltern. Diese Jugendlichen zeigen am häufigsten ein gestörtes Selbstwertgefühl (übersteigerter Geltungstrieb, Minderwertigkeits-

gefühle) und depressive Verstimmungen. Diese Aufstellung weist wesentliche Gemeinsamkeiten mit den von DÜHRSSEN (37) erhobenen Befunden auf. Daß diese Zusammenstellung nicht die Spezifität der Verknüpfung der drei Faktoren beweisen kann, ist schon allein daran abzulesen, daß es sich zwar um die häufigsten, aber keinesfalls alleinigen Faktoren und Formen derselben handelt. Auch finden sich bei einem Patienten Kombinationen psychosomatischer Symptome. ALEXANDERs (38) Konzept der Spezifität psychosomatischer Störungen ist nur begrenzt gültig. Gleiche Charaktertypen und spezifische Konflikte finden sich in großer Zahl auch bei Patienten ohne psychosomatisches Symptom (MAIN (39)). Aus den Ausführungen von DÜHRSSEN (37) geht hervor, daß bei psychosomatischen Störungen häufig bestimmte Befunde zu erheben sind, die im Einzelfall aber verschieden aussehen können (ZUTT, V. BERGMANN, RUEGG, BINSWANGER, GLATZEL, SCHWIDDER (37) für Störungen des Verdauungssystems). Die Komplexität des Problems wurde von MIRSKY (4o) in Untersuchungen über das Magengeschwür deutlich gemacht. MIRSKY nimmt eine hereditäre Hypersekretion an (85 % der Patienten hatten einen erhöhten Pepsinogenspiegel im Serum), einen relativ spezifischen seelischen Konflikt und einen sozialen Faktor, der für das Umwelterleben entscheidend ist, das sich für das betreffende Individuum als schädlich erweist. Die Stresstheorie SELYEs (41) und das Konzept der Notfallreaktion von CANNON (42) müssen ebenfalls berücksichtigt werden. Ein Spezifikum der psychosomatischen Störungen in der Pubertätszeit liegt darin, daß sie in die

Zeit eines Konstitutionswandels fallen mit den dazu gehörigen physiologischen und psychologischen Implikationen. Der Konstitutionswandel bringt eine erhöhte physische Labilisierung mit sich, die noch zusätzlich durch "normales" disproportioniertes Wachstum (ZELLER (25)) verstärkt wird, abgesehen von den "pathologischen" Formen der Retardierung, Akzeleration, Dyssynchronisation. Psychisch erfolgt eine Neuorientierung des Körperschemas. PETO (18) wies auf die Bedeutung dieses Körperschemas zur Umwelt hin. In der Lösungsphase des "zweiten Ödipuskomplexes" findet ein Libidoentzug von den Eltern statt, der nur auf den Körper des Jugendlichen fixiert werden kann und so zu einer hypochondrischen Haltung und Gefühlen von Körperveränderungen führt, die klinisch aus den Anfangsstadien psychotischer Erkrankungen gut bekannt sind (A. FREUD (18)). S. FREUDs Beobachtung, daß das erste Ich in Körper-Ich ist, ist für das Konzept psychosomatischer Störungen von größter Bedeutung. Wird von analytischer Seite die Rekapitulation früherer Entwicklungsstufen in der Pubertät angenommen, so läßt sich für das psychosomatische Symptom vermuten, daß es zumindest eine Wurzel in der Zeit und Situation der Störung eines "alten" psychischen Bedürfnisses und oder dessen organischen Korrelates hat. Schließlich sind bei depressiven Persönlichkeiten (häufig in der Pubertät) Störungen des körperlichen Wohlbefindens als larvierte Depression wohl bekannt (LEMKE (43)).

Das andere Hauptsymptom des Profils ist Angst. Am häufigsten geht es um das eigene Leben, um Gefahren in bestimm-

ten Situationen und um ein allgemeines Gefühl der Ängstlichkeit. Die Angst vor der eigenen Zerstörung scheint mir hauptsächlich die Situation der Trennung von einer geliebten Person, der Mutter, den Eltern zu reflektieren. Dunkelängste u. ä. stellen wohl eine Versuchungsangst dar. Die allgemeine Ängstlichkeit hat ihre Wurzeln in einem bewußtseinsferneren Teil der Versuchungsängste und einer allgemeinen Lebensangst dieses Alters (ABEGG (18)). Die Beziehung von Angst zu Symptomen ist offenkundig (S. FREUD (44), A. FREUD (16), HARTMANN und FENICHEL (18)). Die Angst vor der eigenen Zerstörung ist im Symptomprofil häufiger bei den Psychosen als bei den Neurosen. FROMM-REICHMANN (2) sieht in Störungen der Mutter-Kind-Beziehung im ersten Lebensjahr ein pathogenetisch wichtiges Moment für die Angst Schizophrener. Die oben erwähnte Psychodynamik der Lösung der Objektlibido von den Eltern (BLOS (18)) weist hierzu Ähnlichkeiten auf. MAC BRUNSWICK (18) und S. FREUD (18) sahen in der Körperzerstörungsangst ein Symptom des Eintritts in die phallische Phase, in der dem Kind der Unterschied der Geschlechter bewußt sei. In den "Krisendiagnosen" ist diese Angst am häufigsten bei der abnormen Erlebnisreaktion und relativ häufiger als andere Ängste bei der Schwererziehbarkeit. Die Pubertätskrise zeigt mehr die Versuchungsangst als die Neurose. Beide Ängste sind für die drei Diagnosen zusammen gleich häufig, was eingedenk A. FREUDs (16) zweier Lösungsmöglichkeiten der Triebgefahr den Einsatz beider Mechanismen demonstriert. Die Gefahr ist groß, denn ein "relativ starkes Es begegnet einem relativ

schwachem Ich" (A. FREUD (16)). Angst in der Pubertät ist nicht nur ein Indikator einer Gefahr, sondern in "erträglichem" Maße entwicklungsbegünstigend und notwendig (BRIERLY (18)). Die Gefahr ist hier keine Aktualgefahr aus der Umwelt, jedoch können angsterzeugende instinktuelle Situationen letzten Endes auf äußere Situationen der Gefahr zurückgeführt werden (S. FREUD (18)). Direkte Angst vor dem anderen Geschlecht ist nur in der abnormen Erlebnisreaktion häufig, direkte Angst vor den Eltern ist in geringem Maße in allen Diagnosen vorhanden. JONES und PEARSON (18) haben gezeigt, daß mit dem Eintritt der Pubertät der Kinder in den Eltern angstvolle Erinnerungen geweckt werden. Die Angst der Eltern vor der Pubertät ihrer Kinder mag gerade unter dem Gesichtspunkt erneuter Identifikationsprozesse der Jugendlichen mit den Eltern eine Rolle im Angsterleben der Jugendlichen zu spielen. Die Angst, etwas zerstört zu haben, zu zerstören, deutet auf enorme aggressive Valenzen, Todeswünsche und sicher auch Todesangst hin. Da für Ängste die pubertätsspezifische Auseinandersetzung mit den Eltern (zweiter Ödipus, S. FREUD (15)) von enormer Wichtigkeit ist und hier Kindheit rekapituliert wird, habe ich die vier häufigsten Ängste, die Elternbeziehungen und Kindheitsschilderungen zusammengestellt. Die Angst, etwas zu zerstören, etwas wird zerstört, etc.: Im Alter von 1-3 Jahren: Empfindlich, schreckhaft, Gefühl des Zurückgesetztwerdens; im Alter von 3-6 Jahren: Isolierungserleben; im Alter von 6-11 Jahren: Auseinandersetzungen mit der Familie; Mutterbeziehung:

Fixation; Vaterbeziehung: Verständnislos einengend. Angst im Dunkeln, Parks, etc.; im Alter von 1-3 Jahren: Aggressiv; im Alter von 3-6 Jahren: Angsterleben; im Alter von 6-11 Jahren: Jähzorn, Streit, Symptome; Mutterbeziehung: einengend, Besitzproblematik; Vaterbeziehung: einengend oder häufig nicht vorhanden. Angst vor der eigenen Zerstörung; im Alter von 1-3 Jahren: Aggressivität und Isolierung; im Alter von 3-6 Jahren: Aggressivität, Isolierung und Symptome; im Alter von 6-11 Jahren: Mischbild aus: Aggressionen, Angst, Symptomen, Isolationserleben, Auseinandersetzung mit den Eltern und Geschwistern; Mutterbeziehung: Wenig lieb und verständnisvoll, Mutterbindungen und Aggressionen gegen die Mutter; Angaben über den Vater: Überwiegend tot, sonst einengend, verständnislos. Allgemeine Ängstlichkeit; im Alter von 1-3 Jahren: Symptome; im Alter von 3-6 Jahren: Symptome, starke Mutterbindung, Erlebnis der Trennung von den Eltern; im Alter von 6-11 Jahren: Traumen; Mutterbeziehung: Wenig Zeit, Liebe, Verständnis; Vaterbeziehung: Trennungserleben, Aggressivität, Bindung. Bestimmte Situationen treten häufiger auf als andere und vielfach werden von den Patienten mehrere Ängste zugleich angegeben. So ist auch hier keine strenge Spezifität festzustellen. Das ist nicht verwunderlich, bedenkt man die Komplexität des Symptoms Angst als Ausdruck innerer und äußerer Gefahr, als subjektives Erleben oder Erahnen dieser realen oder irrealen Gefahr in der Gegenwart oder Zukunft, als Resultanten so zahlreicher geglückter oder nicht geglückter Abwehrfunktionen des relativ schwachen

Ich der Pubertät. Interessant ist die Beobachtung, daß Angst und Aggression in enger Beziehung stehen und CANNON (52) in Untersuchungen gleiche physiologische Veränderungen unter beiden Bedingungen fand.

Zwänge sind bei 16 unserer Patienten festzustellen, am häufigsten die Zwänge, wegzulaufen unter der Diagnose Schwererziehbarkeit und zu grübeln unter der Diagnose Psychose. Das Symptomenprofil und die Charakteristik der jugendlichen Schwererziehbaren zeigte neurotische Aggressionskonflikte. Prognostisch ist die Beurteilung pubertätsspezifischer Merkmale wie Abenteuerlust, Freiheitsdrang, Autoritätsprotest, Triebkonflikte äußerst wichtig, da nur ein Fünftel einer Gruppe von 33 Fortläufern ohne pubertätsspezifische Merkmale nach 23 Jahren voll angepaßt und beruflich leistungsfähig war (MEYER (45)). Ein Drittel der Patienten blieb instabil bzw. asozial. MEYER sieht im Fortlaufen ein alarmierendes Symptom, das bei fast allen ausnahmslos schwer und schon seit der Kindheit gestörten Jugendlichen auftritt. Im Familienbild zeigten sich abnorme Persönlichkeiten und in den Kindheitsentwicklungen broken-home-Situationen. In dem Krankengut von TUMLIRZ (46) führte Herumstrolchen und Durchgehen in 2o % der Gesamtselektion zur Aufnahme. HOLMES (19) beschreibt Situationen des Weglaufens aus dem Krankenhaus. Hiernach ist das Weglaufen oft der Gipfel einer Periode langsam anwachsender Spannung; oft fühlt sich ein passiver Junge stark veranlaßt, die Lösung eines verdächtigten, aber

unidentifizierten Problemes in heroisch-symbolischer Weise zu versuchen. Mädchen scheinen sich in Realsituationen geringer sexueller Gefahr zu versetzen, was großartige Gefühle großer sexueller Gefahr unterhält. Nur sehr selten ist das Weglaufen Ausdruck des Freiheitsdranges. Für Jungen liegt sehr oft die Verleugnung in Aktion von Abhängigkeitswünschen vor. Das Weglaufen "rettet" Patienten, die sich durch sehr starke Übertragungsgefühle gegenüber dem Therapeuten bedroht fühlen und hilft so, unbewußte passive sexuelle Wünsche nicht entdeckt werden zu lassen. In anderen Fällen soll es des Patienten Befürchtung, daß die Therapeuten nicht die volle Ernsthaftigkeit seines Leidens erkennen, akzentuiert mitteilen. Eine wichtige Beobachtung von HOLMES scheint mir, daß die Jugendlichen durch besonderes Verhalten dieses Symptom sehr oft signalisieren. Die soziologische Betrachtungsweise des Verlassens der Gruppe der Familie und die Zuwendung zu einer Bande oder das Auf-sich-allein-gestellt-sein muß durch psychodynamische Betrachtungsweisen ergänzt werden, um nicht ein verzerrtes Bild zu zeichnen. Bei der materialistisch-ökonomisch soziologischen Betrachtungsweise wird das vielfach übersehen. Der Zwang, zu grübeln, ist bei den Psychosen zum größten Teil Ausdruck der Denkstörung. Bei anderen Diagnosen mag es sich um eine verkümmerte Form der Intellektualisation, eines von A. FREUD (16) für die Pubertät als spezifisch angesehenen Abwehrmechanismus, handeln. Bei den psychoseähnlichen Zuständen erfolgt ein Zusammenbruch differenziellen Lernens und des Realitätsprinzips, der mit in

diese Grübelsucht eingeht. Die Zusammenstellung von Symptom, Kindheitsentwicklung und Elternbeziehung zeigt für Zwänge folgendes Bild: Mutterbeziehung: Fixation; Vaterbeziehung: Einengung; im Alter von 1-3 Jahren: Empfindlich, schreckhaft, Stress-Situationen; im Alter von 3-6 Jahren: Trennung von den Eltern, Aggressivität; im Alter von 6-11 Jahren: Auseinandersetzungen mit der Familie. Die Ergebnisse zeigen Übereinstimmungen mit den Befunden MEYERs (45).

Depressive Verstimmungen sind das dritthäufigste Symptom. Die "Traurigkeit" der Pubertierenden ist bekannt (SPRANGER (47)). Zusammen mit den ebenfalls häufigen Erregungszuständen drückt sie die starke Affektlabilität der Jugendlichen aus. Die Ursache dieser Stimmungsschwankungen liegt nach analytischer Auffassung in dem Entzug der Objektlibido von der Außenwelt und deren Hinwendung auf die eigene Person (PEARSON, BERNFELD, LANDAUER, A. FREUD, HARTMANN (18)). Auf die Gefahr der dadurch bedingten psychoseähnlichen Zustände wurde schon hingewiesen. Die Entfremdung von der äußeren Welt führt auch zu der typischen Frage, wer bin ich, mit dem einhergehenden Verlust eines Identitätsgefühls (BLOS (18)). FEDERN (18) nahm eine mit dem Objektverlust einhergehende narzisstische Notlage an, daß die Stimmungsschwankungen, die einem solchen Verlust folgen, ein gesundes Zeichen des Kampfes zwischen narzisstischer Selbstgenugsamkeit und objektgerichteter Libido ist. Die Befunde der Kindheitsschilderungen und Elternbeziehungen deuten in diese Richtung. Die Patienten zeigten im Alter

von 1-3 Jahren eine schwächliche, zarte Verfassung, im Alter von 3-6 Jahren Trennungserleben von den Eltern und im Alter von 6-11 Jahren Stress-Situationen und Familienproblematik. Die Mutterbeziehung wurde charakterisiert mit wenig Zeit, Liebe, Verständnis und Einengung, die Vaterbeziehung mit Einengung. Klinisch läßt sich nach BLOS (18) auch ein Absinken der sprichwörtlichen Stimmungsschwankungen der Adoleszenten beobachten, wenn die Objektlibido nach einer Periode erhöhten Narzissmus wieder auf die äußere Welt gerichtet wird. Der Objektverlust enthielte die Merkmale des Trauerns. ROOT (18) zeigte, daß die Trauerarbeit eine wichtige Aufgabe der Adoleszentenperiode ist. Sollten die Ichzustände der Adoleszenten zwischen masochistischer Befriedigung und Verzweiflungssuche schwingen, was sich ausdrückt in Weinen, Leiden, Selbstzüchtigung, dann können nach DEUTSCH (18) diese narzisstischen Befriedigungen durch Leiden zu einem Gefühl von Depression verbunden mit Minderwertigkeitsgefühlen führen; eine echte Depression kann sich herauskristallisieren und zu einer schweren Adoleszentenneurose führen.

Meines Erachtens müssen depressive Zustände auch im Hinblick auf die Aggressionsproblematik einer Person gesehen werden (48). 10 Patienten drohten mit Selbstmord, 7 Patienten führten einen Selbstmordversuch aus. BUSEMANN (49) spricht von einer erhöhten Selbstmordziffer 16 und 17-jähriger Jugendlicher. Nach V. BAEYER (4) treten Selbstmordversuche bei Jugendlichen überwiegend bei depressiven Per-

sönlichkeiten auf. Die Diagnosenreihenfolge depressiver Patienten bei V. BAEYER ist: Abnorme Erlebnisreaktion (37 Patienten), Neurose (34 Patienten), endogene Psychose (5 Patienten), bei uns: Abnorme Erlebnisreaktion (8 Patienten), endogene Psychose (6 Patienten), Neurose (8 Patienten), Pubertätskrise (5 Patienten), Schwererziehbarkeit (3 Patienten). Die Krisentrias weist bei uns 16 Patienten auf. Interessant ist, daß bei der Pubertätskrisendiagnose depressive Verstimmungen und der Gedanke an Selbstmord häufig waren, der Selbstmord jedoch nicht ausgeführt wurde. In der Neurosendiagnose liegt häufiger ein Selbstmordversuch vor als die Drohung oder der Gedanke. Unter der Diagnose abnorme Erlebnisreaktion und Psychose ist die Drohung ebenso häufig wie der Versuch. Nach HOLMES (19) stehe der Adoleszent irgendwo zwischen Mord und Selbstmord. Die diagnostische Klassifizierung helfe wenig. Viele Morde würden von schuldgequälten, selbstkritischen Adoleszenten verübt, und so mancher Jugendliche, der als antisoziale Persönlichkeit diagnostiziert wurde, verübte Selbstmord.

"Regressionen" stellen sich in unserem Krankengut in der Reihenfolge der Häufigkeit dar als Nägelknabbern, Enuresis, und wesentlich seltener Trichotillomanie, Freßsucht, Enkopresis, unmäßiges Rauchen und Lutschen. Nach DÜHRSSEN (37) liegen dem Daumenlutschen, Nägelknabbern und Haare ausreissen ähnliche bzw. gleiche psychische Situationen zu Grunde. Bedürfnisse oraler, aggressiver und zärtlicher Art seien eng mit ihnen verknüpft. Immer finde man Mangelerlebnisse

im Bereich der Zärtlichkeitsbedürfnisse. Die Symptome sind als Regressionen aufzufassen, da sie in jüngeren Altersstufen weitgehend normal sind und im Laufe des allgemeinen Reifungsprozesses verschwinden. Sie stellen Befriedigungen durch den eigenen Körper dar, sind also, was für die Pubertät wichtig ist, narzisstischer Natur. Bei den Enuretikern findet DÜHRSSEN (37) einen Widerstreit zwischen Leistungswilligkeit und Leistungsabwehr. SCHWIDDER (37) fand bei der Untersuchung von 1ooo Enuretikern in ungewöhnlichem Ausmaß Störungen in der ersten Säuglingsphase, so daß die Säuglinge schon in einem labilen Zustand in die Sauberkeitserziehung eintraten. Die Mütter seien häufig depressiv, wechselvoll im Verhalten hinsichtlich der Reinlichkeitspflege und mitunter auch ablehnend den Kindern gegenüber. Die Befunde unseres Krankengutes sind im Alter von 1-3 Jahren Symptome, Aggressivität, Angst, im Alter von 3-6 Jahren Symptome, Isolation, im Alter von 6-11 Jahren Symptome, Lügen, Weglaufen und sehr häufig Geschwisterkonflikte. Die Mutterbeziehung wird geschildert als Mischung zwischen Aggressivität und Bindung. Der Vater fehlte häufig. Sonst wurde er abgelehnt oder das Verhältnis zu ihm war ambivalent bzw. durch Einengung und Verständnislosigkeit charakterisiert. Nach BLOS (18) sind Regressionen für die Präadoleszenz phasenspezifische Abwehrmechanismen. In unserem Krankengut sind sie in der Altersgruppe der 12-15-jährigen Jugendlichen gehäuft. Hauptsächlich wurde Schwererziehbarkeit diagnostiziert, die ja einen Konflikt zwischen Leistungswilligkeit und Leistungsabwehr beinhaltet. Hier kommen auch deut-

lich eine kindliche Affektivität und noch deutlicher eine "propulsive" Aggressivität, wie DÜHRSSEN (37) sie besonders für die Enuresis diurna beschrieb, zum Ausdruck. Diese Symptome sind am häufigsten in der Krisentrias anzufinden und ein nicht seltenes neurotisches Symptom der Psychose.

Veränderungs- und Beeinflussungserleben sowie unkorrigierbare inadäquate oder falsche Vorstellungen der Realität finden sich ganz überwiegend bei den Psychosen, wie nicht anders zu erwarten, jedoch auch unter der Diagnose Pubertätskrise, abnorme Erlebnisreaktion, Schwererziehbarkeit sowie Psychopathie. Neben reaktiven und endogenen Komponenten handelt es sich um das Erleben des Gestaltwandels. Es kommt zu einer Neuorientierung des Körperschemas. Auf die Bedeutung der Umwelt für diesen Prozeß wurde schon hingewiesen. DÜHRSSEN (37) schreibt: "Es kann wohl kaum bestritten werden, daß ein kleines Kind die Vorstellungswelt über den eigenen Körper zum großen Teil dadurch erwirbt, daß es sich gestreichelt und zärtlich behandelt fühlt. Hier liegen sehr elementare Bedürfnisse rein körperlicher Art vor." Die Hauptdeterminanten der Neuorientierung des Körperschemas sind eine bestimmte Umwelt und bestimmte alte Erfahrungen, so daß eine Gegenüberstellung der Symptomatik mit den Kindheitsbeschreibungen und Elternbeziehungen sinnvoll erscheint. Die Befunde in unserem Krankengut sind im Alter von 1-3 Jahren Aggressivität, im Alter von 3-6 Jahren Isolation, im Alter von 6-11 Jahren familiäre Auseinandersetzungen, Isolation und Zurückgesetztwerden; die Mutterbeziehung ist charakterisiert durch wenig Zeit, Liebe, Verständnis; Die Vaterbeziehung durch

Trennungserleben und Vaterbindung. Auch hier ergibt sich keine Spezifität, jedoch die Beobachtung bestimmter, häufiger anzutreffender Situationen.

Die Frage, wie sich die Krisenzeit der Pubertät in unserem Krankengut ausdrückt, läßt sich für die Symptomatik nun beantworten. Ich finde kein Symptom, das nicht spezielle puberale Beimengungen enthielte oder das nicht mehr oder weniger durch die Pubertät bestimmt wäre. Eine genaue Abgrenzung dieser puberalen Bestandteile kann jedoch nur spekulativ sein, ebenso die aus der Abgrenzung zu folgernde Diagnose "Pubertätskrise". Unterschiede der Häufigkeit der Symptome in den Altersgruppen der 12-15-jährigen und 16-18-jährigen Jugendlichen sind festzustellen. Ein geringer Anteil psychotischer Symptome in der Gruppe I mit Überwiegen der unkorrigierbaren Fehlurteile; in der Gruppe II überwiegt das Veränderungs- und Beeinflussungserleben der eigenen Person. Erregungszustände sind in beiden Gruppen unwesentlich verschieden; apathische Zustände traten nur in der Gruppe II auf. Ängste sind vielgestaltiger und häufiger in der Gruppe II; direkte Angst vor Männern oder beim Tanzen trat in der Gruppe I überhaupt nicht auf. Zwänge sind häufiger in der Gruppe I. Depressive Bilder sowie Suicide und Gedanken oder Drohungen des S. V. sind weit häufiger in der Gruppe II. Störungen der körperlichen Befindlichkeit sind insgesamt häufiger in der Gruppe II; Störungen der Motorik sind häufiger in der Gruppe I.

3. Lebensalter

Die Problematik der durch das Lebensalter innerhalb der Jugendzeit implizierten Änderungen für das Leben der Jugendlichen und damit auch für die Symptomatologie wird in der Literatur vielfältig, widersprüchlich und mitunter auch gar nicht beachtet. Es existiert keine Übereinstimmung, was die verschiedenen Phasen der Pubertät in Anzahl, Charakteristik und psychologischer Bedeutung anbelangt. Jedoch ist den meisten Theorien eine Veränderung im Leben der Jugendlichen um das 15. Lebensjahr zu entnehmen. (ERIKSON (5o), S. FREUD (15), GESELL (25), HALL (25), REMPLEIN und KROH (25), SULLIVAN (25), ZELLER (9), BLOS (18), BÜHLER (25)). Andere Autoren behandeln die Pubertät als Phase zwischen dem 11. und dem 19. Lebensjahr (SCHMELING (51), V. BAEYER (4)). PRADER (51) definiert: "Die Pubertät setzt mit dem Beginn der Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale ein und ist mit der Ausstoßung des ersten Eies bzw. der ersten Spermatozoen zu Ende; dann folgt die Zwischenstufe der Adoleszenz, in welcher die in der Pubertät begonnenen Umwälzungen gemächlicher zu Ende geführt werden. Die Adoleszenz geht mit dem Abschluß des somatischen Wachstums zu Ende, spätestens ist dies bei der Frau mit 19, beim Manne mit 23 Jahren der Fall." Der entscheidende Sprung liegt für PRADER ungefähr im 16. Lebensjahr mit dem Regelmäßigwerden der Menstruation mit Ovolation und Abschluß des Skelettwachstums, bei Knaben mit der Behaarung des Gesichtes und des Körpers und männlichem Typ der Schamhaare. Die

der 17-Ketosteroidausscheidung nach HAMBURGER (51) hat ihren Wendepunkt um das 15./16. Lebensjahr, ihr Maximum in der Mitte der 2oer Jahre. Synthetische Hormone wurden kastrierten Tieren und Menschen injiziert und produzierte charakteristisches sexuelles Verhalten und Fühlen (52). Umgekehrt wies man nach, daß Antiandrogene in Versuchen das sexuelle Verlangen schnell und sicher zum Stillstand brachten. (53) Standardisierte Intelligenztests stellten das individuelle maximale Intelligenzwachstum im 15. Lebensjahr fest (54). DOLLARD und MILLER (52) sind der Meinung, daß die Durchschnittspersönlichkeit von 15 Jahren bei jedem akzeptierten Kriterium die Kapazitäten eines Erwachsenen hat. Der Person fehlen nur Erfahrung und Übung, sie ist aber sonst voll ausgestattet, um mit der Umwelt fertig zu werden und aktiv in der Gesellschaft der Erwachsenen zu partizipieren. Neben physiologischen Varianten (PRADER (51)) existieren psychologische Varianten (BLOS (18)). In unserem Krankengut liegt ein Sprung der Häufigkeit für Neurosen, Psychosen und abnorme Erlebnisreaktionen im 16. Lebensjahr. Die "Pubertätskrise" hat ihren Gipfel im 15. und 16. Lebensjahr, die Schwererziehbarkeit im 12. und 13. Lebensjahr, die Pubertätsmagersucht im 16. Lebensjahr. Die Verwahrlosungen nehmen vom 14. Lebensjahr an zu. Das stetige Anwachsen der Patientenzahl (bis zum 22. Lebensjahr verfolgt) scheint mir von großer Bedeutung im Zusammenhang mit der Ausscheidungskurve der 17-Ketosteroide. Die Poliklinik für Jugendliche weist stark fallende Patientenzahlen ab dem 16. Lebensjahr

auf. Ich erwähnte schon die hohe Remissionsrate von Verhaltens- und neurotischen Störungen, die nach Reihenuntersuchungen (FÖRSTER, LEUNER, PAVLOFF, SCHWIDDER, STUTTE (9)) mit den sogenannten Umbruchphasen in grösserer Häufigkeit zusammenfallen. Ich meine, daß diese Befunde deutlich auf zwei verschiedene Phänomene unterschiedlicher klinischer Bedeutung, anderer Symptomatik und anderer Bedingungen hinweisen. Das bedeutet, daß die Diagnose "Pubertätskrise" für das gesamte Jugendalter heterogen ist. Ein geringer Anteil psychotischer Symptome in der Gruppe I mit Überwiegen der unkorrigierbaren Fehlurteile; in der Gruppe II überwiegt das Veränderungs- und Beeinflussungserleben der eigenen Person. Erregungszustände sind in beiden Gruppen unwesentlich verschieden; apathische Zustände traten nur in der Gruppe II auf. Ängste sind vielgestaltiger und häufiger in der Gruppe II; direkte Angst vor Männern oder beim Tanzen trat in der Gruppe I überhaupt nicht auf. Zwänge sind häufiger in der Gruppe I. Depressive Bilder sowie Suicide und Gedanken oder Drohungen des S. V. sind weit häufiger in der Gruppe II. Störungen der körperlichen Befindlichkeit sind insgesamt häufiger in der Gruppe II; Störungen der Motorik sind häufiger in der Gruppe I.

4. Konstitution

Die Patienten der Diagnose "Pubertätskrise" weisen häufiger einen gestörten Konstitutionswandel auf als die Patienten anderer Diagnosen. Hier zeigen 6 von 9 Patien-

ten Auffälligkeiten im Gegensatz zu 17 von 70 Patienten für die Gesamtselektion. Hinzu kommt, daß der Gestaltwandel an sich asymmetrisch verläuft (ZELLER (25)).

S. FREUD (55) war überzeugt, daß das Es und das Ich einen Anlagefaktor enthalten, der die individuellen Dispositionen für spezifische Körperzonenbedürfnisse, den Grad der Bisexualität und allgemein bevorzugte Methoden der durch das Ich hervorgerufenen Stabilisation beeinflußt. Auch hier spielt die Umwelt eine Rolle insoweit sie bestimmten Konstitutionsäußerungen mehr oder weniger entgegenkommt. Hinzu kommt eine individuelle psychosexuelle Reifung (ERIKSON (56)). Einen gestörten Konstitutionswandel als Hauptkriterium der Diagnose "Pubertätskrise" anzusehen, erscheint mir zu weit gegriffen. Die Konstitution ist nur ein Faktor des Gesamtgeschehens. Ich finde keinen gestörten Konstitutionswandel bei 3 Patienten mit der Diagnose "Pubertätskrise". Bei 8 Patienten findet sich ein gestörter Konstitutionswandel ohne die Diagnose "Pubertätskrise" und schließlich ist die Symptomatologie, wie ausgeführt, vielfach identisch. Für eine Zurückführung der Diagnose "Pubertätskrise" auf eine funktionelle hypothalamo-hypophysäre Störung gibt es weder verläßliche Meßmethoden noch einen Beweis des direkten Zusammenhanges mit bestimmten psychischen Störungen. Die ausgesprochen klaren, organisch-pathologischen Fälle sind im Gegensatz zu früheren Vorstellungen selten (FRADER (51)). So können das Cushing-Syndrom, hypophysärer Kleinwuchs, Hypothyreose, hypothalamische

Schädigungen durch Tumor, postencephalitisch oder im Rahmen eines Laurence-Biedl-Syndroms z. B. zur Pubertätsfettsucht führen. Meist handelt es sich hier um Überfütterung bei geringer körperlicher Aktivität (PRADER (51)) oder um psychoreaktive Störungen (BRUCH (51)). Natürlich spielen die biologischen Veränderungen selbst eine große Rolle mit direkten Wirkungen auf das Individuum: 1. Solche, die als andrängende Empfindungen erfahren werden, wie die Zunahme an sexuellem Instinktbetrag mit der subjektiven Komponente aggressive Impulse. 2. Solche, die der Jugendliche direkt beobachten kann, wie der Größenzuwachs und die veränderte Körperform als auch sein Bewußtsein seiner verstärkten sexuellen und aggressiven Gefühle (HOLMES (19)).

5. Verhaltensauffälligkeiten

Die imponierendsten Verhaltensauffälligkeiten der Jugendlichen sind: Aggressivität, Isolationsempfinden, sexuelle Problematik, Unsicherheit, Geltungsstreben, kindliche Affektivität. Eine Quelle der Aggression ist nach LANDAUER (18) die Rekapitulation des Ödipuskomplexes. Mitunter ist diese Aggression die Ursache einer "funktionellen Delinquenz" (GLOVER (18)). Der vielfach benutzte Ausdruck des "acting out" (das direkte Ausleben von Impulsen) ist nach FENICHEL (18) eine besondere Form des Erinnerns, in der ein alter Gedankeninhalt wieder vollzogen wird. Wichtig erscheint mir, daß im Unbewußten Aggression gleich Destruktion ist (HOLMES (19)). Vielfach ist das Aggres-

sionsverhalten unserer Jugendlichen eine Reaktion auf die Einengung durch die Eltern. Es scheint auch ein Faktor im Ausleben des nun erwachsenen und stärkeren Körpers einer nun "unabhängigen" Person als Kraftexperiment und Freiheitstestung zu liegen, wenngleich auch Trotzreaktionen überwiegen, was die Alterszugehörigkeit zu Gruppe I und dort besonders zu den Schwererziehbaren nahelegt. DOLLARD und MILLER (52) sehen Aggressionen als Folge von Frustrationen an. Spezifische puberale Bedürfnisse werden durch Eltern und Umwelt unserer Patienten stark gebremst. Auch fällt eine Parallelität des sexuellen Instinktbetrages mit Aggressionshandlungen auf (HOLMES (19)). Eine Verschiebung dieser Phänomene läßt sich in den Altersgruppen beobachten. Während vor dem 16. Lebensjahr Aggressionen häufig und sexuelle Problematik (auch die Gruppenproblematik) seltener ist, sind die Relationen beider mit dem 16. Lebensjahr umgekehrt.

Das Gefühl der Isolation, der Störung aller zwischenmenschlichen Kontakte scheint mir im Hinblick auf das Alter und die Diagnosen in erster Linie durch die Unfähigkeit, mit der eigenen Sexualität umzugehen, bedingt zu sein. Die Lösung der Objektlibido von den Eltern und die Rekapitulation früherer Objektbeziehungen, in der alte Isolationserfahrungen wach werden, spielen eine wichtige Rolle. Verstanden zu werden ist für Jugendliche äußerst wichtig. Die Elternbeziehungen

weisen hier einen Störfaktor auf: Einengung, zu wenig Liebe, Zeit, Verständnis. Das Suchen nach Glaubhaftigkeit, Wahrheitssinn ist gestört. "Glaubhaftigkeit ist die Kraft disziplinierter Zuneigung und Unterordnung. Sie wird erworben durch das Verwickeltsein der Jugendlichen in Erfahrungen wie die Essenz der Aera zu entdecken, der sie nun beitreten sollen als Nutznießer ihrer Tradition, als Praktikanten und Erneuerer ihrer Technologie, als Erneuerer ihrer ethischen Stärke, als Rebellen einzig auf die Zerstörung des Überholten gerichtet und als Abtrünniger mit abtrünnigen Meinungen" (ERIKSON (57)). Hier erfolgt eine Erweiterung der Problematik auf die weitere Umwelt und auf die Ideologie der Umwelt. Diese Gedankengänge sind für die Charakteristik der Jugendlichen außerordentlich wichtig, weil gerade von den Jugendlichen unserer Zeit eine typische Antikultur und Antiideologie aufgebaut wurde.

Ein weiterer Aspekt sexueller Problematik ist das häufige Auftreten von homosexuellen Episoden (BLOS (18), KUSIL (64), KINSEY (58)). Die homosexuelle Geschlechtsrollendifferenzierung ist in erster Linie ein analytisches Problem, wobei die Abwehr der eigenen Geschlechtsrolle und die Identifikation mit dem gegengeschlechtlichen Elternteil wichtig sind. Masturbation ist ein häufiges und normales Ereignis der Jugendzeit. Es hat eine autoerotische Komponente (FREUD (18)), der Objektphantasien beigemengt werden (SCHILDER (18)). Totale Masturba-

tionsabstinenz in der Adoleszenz signalisiert die Unfähigkeit, mit den puberalen Sexualtrieben fertig zu werden. Weiterhin weist es darauf hin, daß die infantile Masturbation in einem solchen Ausmaß unterdrückt wurde, daß die notwendige Verbindung genitaler Sexualität mit prägenitalen Trieben nicht erreicht werden kann (BLOS (18)). TAUSK (59) erwähnt in seiner bekannten Diskussion der Masturbation den Schaden gegenüber der Objektwahl. Wenn Masturbation völlige Befriedigung verschaffe, bliebe sie bestehen und fixiere Infantilismus. Das Individuum hat keine Veranlassung, mit anderen um ein Sexualobjekt zu konkurrieren, da es alle Lustquellen bei sich selbst finde.

Das Selbstwertgefühl drückt die Diskrepanz zwischen oder die Übereinstimmung mit einem gewünschten Zustandskonzept des Selbst und den Selbstrepräsentationen aus (JACOBSON (18)). Analytisch gesehen liegen hier Schwierigkeiten der neuen Überich-Bildung vor (BLOS (18)). Das gestörte Selbstwertgefühl hat also hauptsächlich seinen Ursprung in der Unsicherheit des Jugendlichen über die Frage, was er ist und was er sein sollte (HOIMES (19)). Die Vielschichtigkeit, das Schwanken, die Extreme des Charakters Jugendlicher wird verständlich, betrachtet man den Charakter als die Beziehungen des Ich zur Außenwelt, zum Es und zum Überich auf der Grundlage einer hierarchischen Anordnung von Ichinteressen und -haltungen. A. FREUD (18) weist darauf hin, daß Ichinstitutionen, die sich dem Angriff der Pubertät entzogen ohne nachzugeben,

zumeist das ganze Leben inflexibel, unangreifbar und unempfänglich für Korrekturen bleiben, die eine sich verändernde Umwelt verlangt. So ist bei jugendlichen Patienten großer Wert auf die Analyse des Charakters als Symptom mit eventuell ernster prognostischer Bedeutung zu legen.

In unserem Krankengut weisen die Altersgruppen in den Verhaltensauffälligkeiten deutlich verschobene Gewichte auf. Die Charakteristik der Gruppe II scheint mir klinisch bedeutungsvoller, weil hier Tendenzen der pathologischen Lösung der Adoleszentenkonflikte nach bereits nahezu abgeschlossener somatischer Reife nachweisbar sind (z. B. eine homosexuelle Fixierung, persistierende Selbstunsicherheit, ungelöste Aggressionsbereitschaft). Die Charakteristik ist ebenso Ausdruck der Krisenzeit der Pubertät wie Symptome, müßte also auch ein fester Bestandteil der Diagnose "Pubertätskrise" sein. Es ergibt sich jedoch kein qualitativ anderes Bild als unter anderen Diagnosen.

6. Elternbeziehungen

Ein vom Patienten aus gesehen "gutes" Verhältnis zum Vater lag in nur 9 Fällen, zur Mutter in nur 8 Fällen vor, wobei festzustellen ist, daß sich das Verhältnis im Laufe der Jugendzeit besserte. Diese Zahlen unterstreichen die eminente Bedeutung der Elternhaltung. Die häufigsten Beschwerden der Jugendlichen waren der

Mutter gegenüber Einengung, "Overprotection", Verständnislosigkeit, Vernachlässigung, dem Vater gegenüber Strenge, Verständnislosigkeit; sehr oft fehlte der Vater. Der Protest gegen die Eltern ist altersspezifisch. Das Verhalten der Eltern erleichtert oder erschwert die Lösung dieser Protestproblematik besonders bei früheren Beziehungsstörungen. JONES und PEARSON (18) beschrieben das Auftreten von angstvoller Erinnerung an die eigene Entwicklung bei den Eltern, wenn die Kinder die Pubertät erreichten. Daher stamme oft die Einengung von Seiten der Eltern. Klinische Erfahrung spricht sehr für die Meinung, daß die Angst der Erwachsenen durch den Jugendlichen angegriffen, beraubt, verführt zu werden, vermehrt wird durch die Projektion eigener unbewußter Wünsche in den Heranwachsenden. Zu einem gewissen Grad bewußt, aber wohl häufiger unbewußt, ist der Erwachsene auf die Jugend eifersüchtig, die eine besondere und gesellschaftsmäßig anerkannte Lizenz für bindungsloses, wenn auch nur unvollständiges, sexuelles und aggressives Experimentieren (19) hat. Überprotektion, Einengung und Ablehnung der Jugendlichen lassen sich so verstehen. Beobachtungen von RICHTER (6o) weisen darauf hin, daß in der Familiengruppe ein scheinbar Gesunder (eventuell die Eltern) der Neurose des anderen (eventuell der Jugendlichen) bedarf und sie ihm aufzwänge. Anhalt dafür finde ich in den Charakteristiken der Eltern. BETTELHEIM (2o) betrachtet den soziologischen Aspekt dieser Problematik: "Wir finden, daß die Konflikte eines Jugendlichen, der durch Angst nicht zu sich selbst und zu

seinem Recht kommt oder daran gehindert wird und einer älteren Generation, die nicht willens oder nicht in der Lage ist, Platz zu machen, nicht weniger tragisch nur stiller als früher sind. Es folgt, wenn immer eine Gesellschaft so organisiert ist, daß die Jugend von der älteren Generation wegen der Länge des Erziehungsprozesses oder aus anderen Gründen abhängig gehalten wird, daß diese ältere Generation nicht bereit ist, ökonomisch, politisch oder emotionell beiseite zu treten. Eine psychologische Sackgasse wird so geschaffen, die dann durch ungelöste ödipale Konflikte verstärkt werden kann."
Viele der akuten Krankheiten in der Pubertät beziehen sich augenscheinlich auf den ungelösten Kampf der Eltern und Kinder, frei voneinander zu kommen (HOLMES (19)). Die Eltern werden jedoch für die Lösung der Konflikte der Jugendzeit gebraucht als Identifikationsobjekte, als wesentlicher definitorischer Teil der Umwelt auf die Frage: Wer bin ich? Die Forderungen der Jugendlichen an die Eltern sind Vertrauen und ein kameradschaftliches Verhältnis (BODER und BEACH (54)) und soziale Freiheit. Das Vaterwunschbild einer großen Umfrage ergab folgendes Resultat: Zeit für die Kinder zu haben und deren Meinungen zu respektieren (LYNDS (54)). Die Vater unserer Jugendlichen wurden in der Hauptsache charakterisiert als streng, ungerecht, jähzornig, nervös, mürrisch und unstet. Zu berücksichtigen ist ferner die Tatsache, daß durch Kriegseinflüsse ein großer Teil der Väter starb. Die Mütter wurden am häufigsten als streng, ungerecht und "neurotisch" charakterisiert. Die Hälfte der Mütter war berufstätig. Das Ver-

hältnis von Identifikation und Gegenidentifikation hängt ab von der Anzahl der benötigten, nützlichen oder als gut empfundenen Seiten des Identifikationsobjektes zu dessen gefährlichen und "schlechten" Eigenschaften (GRINKER (18)). Auch kann im Zuge des Elternprotestes eine Rejektion der Identifikation mit den Eltern auftreten und zu einer Umkehrung von Überich und Ichhaltungen führen, die in der Latenzperiode als fest integrierte Bestandteile der Persönlichkeit vorhanden waren mit dem Resultat von vorübergehendem unangepaßtem Verhalten und Denken (18). Eine verzögerte und nie erreichte Identifikationssuche mit dem Vater wird z. B. von JOYCE (61) im Ulysses beschrieben. Die Anschauung der übermäßig gewährenden Eltern als Alternative zu übertriebener Strenge ist sicher falsch und erfüllt die Kameradschaftsbedürfnisse der Jugendlichen nicht. AICHORN (35) berichtet von den häufigen Aussagen seiner Zöglinge: "Es ist doch gut, wenn einem nicht immer sein Wille gelassen wird". Die Haltung vieler Eltern in unserer Zeit ist unsicher und nicht eindeutig und gerade geeignet, Aggressionen der Jugendlichen herauszufordern. "Normalerweise ist das aggressive Element mit anderen Antrieben und Strebungen legiert; gewissermaßen zur Offensivität entschärft. Finden diese Antriebe nicht den Gegenstand ihrer Erfüllung, können sie sich nicht in vorgegebener Weise verwirklichen, dann tritt Aggressivität als neurotisches Symptom in frei flottierender Form (infolge von Libidoentmischung) auf" (LÖWNAU (62)). Die größere sexuelle Gewährung der modernen Eltern verstärkt die ödipalen Verwicklungen durch die zur Handlung befreite Aktu-

alität früherer Eltern-Kind-Beziehungen (BLOS (18)). Die Pubertät stellt für die Eltern durch Identifikation Erinnerung, Verlustgefühl der Kinder und Unsicherheit der eigenen Rolle ebenfalls eine "Krise" dar, die den Verlauf der Jugendveränderung ihrer Kinder wesentlich mitbestimmt. Hinzu kommen Schwierigkeiten in der Ehe, die in einem erheblichen Prozentsatz gestört bzw. aufgelöst ist, schlechte ökonomische Verhältnisse, die sich auch auf die Wohnverhältnisse erstrecken, zahlreiche Umzüge, Fluchterlebnisse, volle Berufstätigkeit der Frau, Unfähigkeit oder Unmöglichkeit, die Erziehung der Kinder selbst zu gestalten, bürgerliche Tradition in einer geschichtlich zerrissenen und sich ändernden Zeit und ein großer Altersunterschied zu den Kindern.

7. Freundschaften

Bei unseren Jugendlichen überwiegen gleichgeschlechtliche Freundschaften die gegengeschlechtlichen; sehr viele Patienten fühlen sich in ihrer Altersgruppe isoliert. Die Geschlechtsrolle wird neurotisch verdrängt, wird abgelenkt, wird mit Rückkehr in kindliches Verhalten umgangen. Sämtliche Ausdrücke der sexuellen Entwicklung, wie Masturbation, homosexuelle Episoden, idealisierte Freundschaften, Gruppenbildungen etc. sind bei unseren Patienten selten. Die existierenden Freundschaften sind mehr kindlicher Natur und letztlich für die Patienten unbefriedigend, was sich auch in der hohen Isolationsziffer ausdrückt. Die für dieses Alter typischen idealisierten Freundschaften

folgen dem Modell (S. FREUD (18)), wer immer die Qualitäten besitzt, ohne die das Ich sein Ideal nicht erreichen kann, der wird geliebt. Eine meisterhafte Schilderung dieses Freundschaftstyps findet sich bei Thomas MANN (63) im "Tonio Kröger". Heterosexuelle Freundschaften als Lösung der bisexuellen Phase der Entwicklung Pubertierender, in denen dem Partner die geschlechtsfremde Komponente des Sexualtriebes übertragen wird ("Resonanzphänomen" WEIS (18)), sind ebenfalls nicht häufig. Die Gruppenbildungstendenz, wie sie REDL (18) von analytischer Seite aus ausführlich beschrieb, wird nur von einem Patienten angegeben. Lösungsschwierigkeiten von den Eltern, der Zwiespalt zwischen Straßengruppe und Familie (SZEWCSYK (65)), Hemmung des sexuellen Bedürfnisses durch neurotische Fehlentwicklung und Umwelteinflüsse sind wohl die Hauptursachen dieser Befunde, die ja bedeuten, daß nicht einmal die sonst pubertätsspezifischen Experimentierformen gewagt werden.

8. Arbeitsfeld

58 Patienten fühlen sich an ihrem Arbeitsplatz bzw. in der Schule nicht wohl, 7o Patienten haben Arbeitsstörungen, nur 14 Patienten können ihre Arbeit konfliktfrei ausüben. Die Bedeutung der Arbeit für die Libidoökonomie wurde von S. FREUD (66) definiert: Besonderes Gewicht mehr als jede andere Technik des Lebens hat die Bedeutung der Arbeit in der Bindung des Individuums an die Realität. Arbeit ist nicht weniger wertvoll für die Möglichkeiten, die sie oder die damit verbundenen menschlichen Beziehungen für die Abfuhr libidinöser Teilimpulse narzisstischer, aggressiver

und sogar erotischer Art bietet. Soziologische Betrachtungen von GOODMAN (2o) illustrieren: "Ein großer Teil des Sicherheitsgefühls stammt aus dem Bewußtsein der Nützlichkeit der eigenen Arbeit, ein weiterer Teil aus dem Bewußtsein der "eigenen" Leistung: Sie (die anderen) brauchen dich." Die meisten soziologischen Autoren (2o) dieses Problems beziehen die Schwierigkeiten der Jugend in der westlichen Gesellschaft auf deren soziale und ökonomische Bedingungen für die Möglichkeit der Selbstrealisation. PEARSONS (18) sieht zwar keine direkte Korrespondenz zwischen Persönlichkeitsstruktur und sozialer Struktur, dennoch zweifelt er nicht daran, daß das Verhalten der Individuen durch einen Konformitätswunsch mit institutionellen Erwartungen motiviert ist. Beschränkt man sich auf die Diagnostik der Jugendlichen, so wird allzu leicht übersehen, daß das Organisationsfeld des Arbeitsplatzes als möglicher Auslösungs- oder Verstärkungsfaktor vorhandener oder neuer Störungen fungiert. Die Fehleinschätzung der Bedeutung des Gehaltes oder der ökonomischen Situation für die Loslösung aus der Familie, der das Individuum im Normalfall psychisch und physisch nun als gleichberechtigtes Mitglied angehören sollte und nicht mehr als abhängiges Kind, stellt eine bedeutende Frustrationsquelle Jugendlicher dar (DOLLARD (52)). Lehre bzw. Schule bieten Situationen, die den Initiationsriten anderer Kulturen am nächsten kommen. Das Gesellenstück, Prüfungen, sowie bestimmte zwischenmenschliche Beziehungen zu Lehrern, Ausbildern und untereinander erfüllen die von EISENSTADT (67) formulierten Ziele dieser Riten:

1. Ausstattung mit den Charakteristika des Erwachsenseins, 2. Vollständige symbolische Trennung der männlichen Adoleszenten von der Welt ihrer Jugend (bei weiblichen Patienten oft umgekehrt), 3. Dramatisation der Begegnung der Generationen, 4. Die Übermittlung der Stammesweisheit mit deren Instruktionen über angepaßtes Verhalten und 5. Nachlassen strenger Kontrolle durch die Erwachsenen. So sind diese Institutionen therapeutisch indispensabel (HOLMES (19)).

9. Einige typische Kasuistiken

Im Folgenden werden typische Kasuistiken der gestellten Diagnosen berichtet, in denen sich die abstrakten Formulierungen der Interpretation und Diskussion der Ergebnisse dieser Untersuchung im konkreten, lebendigen Fall darstellen. Der Ausgangspunkt psychiatrischer Erfahrung ist ja das Studium des einzelnen Patienten, der als Leidender Hilfe sucht. Bei der Fülle pathogenetischer und aitiologischer Möglichkeiten der Entstehung eines bestimmten Erscheinungsbildes ist die Behandlung des Patienten ebenfalls individuell. Zusammenhänge und übergeordnete Prinzipien jedoch werden im Vergleich einer großen Zahl ähnlicher Fallstudien sichtbar, was im vorangehenden Teil versucht wurde.

Kasuistik von B. S., männlich, geb. am 7. 2. 1944

Diagnose: Schwererziehbarkeit

B. macht einen körperlich altersentsprechenden Eindruck, sein Äußeres ist gut gepflegt; im Verhalten ist er zuvorkommend, fast brav-dressiert. Der Patient klagt über Kopf-

schmerzen (insbesondere in Belastungssituationen), dann könne er nichts mehr sehen und müsse sich schlafen legen. Er leidet unter Minderwertigkeitsgefühlen wegen seiner schulischen (O.W.Z.) Leistungsschwäche. Unter Gleichaltrigen muß er immer tonangebend sein, tritt andere mit Füßen und behält immer das letzte Wort. Er ist eigenwillig und ehrgeizig. Bei Gesprächen über Schulschwierigkeiten bricht er in Tränen aus. Seine Kontaktbereitschaft ist schwach entwickelt. Bis heute knabbert er an seinen Fingernägeln. Die Geburt des Patienten soll normal gewesen sein; es existieren keine Geisteskrankheiten in der weiteren Familie.
Erste Zeichen eines Gestörtseins zeigt der Patient mit 6 Jahren, als seine Schwester einige Monate nach ihrer Geburt starb, in einer Hypermotorik, unruhigem Schlaf, störbarer Ablenkbarkeit, sowie in einer verstärkten Fixierung an die Mutter. Die Mutter jedoch bremste die Spiel- und Expansionslust des Knaben und versuchte eine Streberhaltung zu erzwingen. Der Vater hält sich in der Erziehung zurück. Zu dem Bild 6 BM im TAT erzählt der Patient: Der Vater macht ein ernstes Gesicht, weil die Frau gesehen hat, daß er mit einer anderen Frau geht, zu 7 BM: Der Vater hat Geheimnisse, zu 3 BM die Kopfschmerzproblematik. Im projektiven Test und in den Explorationen wird deutlich, daß B. schwere Aggressionen gegen die Mutter und die 195o verstorbene Schwester verdrängt hat und unter beträchtlichen Schuldgefühlen leidet. Die Mutter macht einen neurotischen Eindruck, leidet häufig unter Kopfschmerzen, hat mit dem "Herzen zu tun". Ihr wird oft schlecht und sie

neigt zu Ohnmachten. Blut kann sie nicht sehen. Es ist ihr nicht möglich, das Kind zum Arzt zu begleiten. Die Mutter kann auch nicht allein zu Hause sein. Der Patient schläft mit den Eltern in einem Zimmer, da diese sich keine grössere Wohnung leisten können.

Kasuistik von K. K., weiblich, geb. am 2. 1o. 1938

Diagnose: Psychopathie

Es handelt sich um eine kleine, zierliche, aber körperlich altersentsprechende Patientin, die etwas auffallend gekleidet ist und in ihrer Aufmachung unordentlich wirkt. Die Patientin ist unstet im Beruf, sie wechselt häufig den Arbeitsplatz, weil es zu Konflikten mit ihren Vorgesetzten auf Grund ihrer Protesthaltung kam. K. ist haltlos und vergnügungssüchtig und kam oft extrem spät in angetrunkenem Zustand nach Hause. Hinter ihrer Trotzhaltung sind latent-depressive Züge eruierbar. Nach einer Auseinandersetzung mit dem Vater versuchte die Patientin, sich zu vergiften. Diese Auseinandersetzung hatte als Thema Geld und Lohn der Patientin. K. hatte häufige und flüchtige Männerbekanntschaften und eine etwas längere, intime Freundschaft mit einem 26-jährigen Mann. Affektiv wirkt sie flach, wenig differenziert. In ihren Ansprüchen ist sie distanzlos. Die Geburt der Patientin soll normal verlaufen sein, Geisteskrankheiten in der weiteren Familie werden negiert. In der Kindheit verwöhnte sie die Mutter wegen ihrer anfälligen Gesundheit. Im Kleinkindalter soll sie sehr bockig gewesen sein und Wutanfälle mit motorischen Krämpfen bekommen haben. Aus Angst vor Strafen versteckte sie sich in der Wohnung,

was sie vereinzelt heute noch tut. Bis zum 1o. Lebensjahr war sie Bettnässer. Der Vater (geboren 1892) leidet seit 2o Jahren unter Asthma, ist berentet. Er ist verbittert und mürrisch. Die Mutter ist nachgiebig, oft launenhaft und inkonsequent; sie wird von der Patientin wegen eines Vertrauensbruches abgelehnt. Zwischen den Eltern gibt es seit langem und häufig Streit. Die Geschwister (zwei Brüder) werden von der Patientin wegen deren Unterwürfigkeitshaltung zu Hause abgelehnt.

Kasuistik von M. T., weiblich, geb. am 15. 2. 194o

Diagnose: Neurose

M. ist ein schlankwüchsiges 16-jähriges Mädchen, körperlich altersentsprechend entwickelt, gepflegt gekleidet, im Ausdruck verschlossen und unzufrieden, jedoch situationsadäquat. Die Mutter berichtet über den jetzigen Zustand der Tochter:"Sie ist vergeßlich am Arbeitsplatz (Lehre als Industriekaufmann), sie verkippt die Augen wie ein wildes Pferd, wenn sie irgendetwas erzählt. Mit den Fingern dreht sie in den Haaren, zuvor macht sie Rülps- und Schluckbewegungen. Sie ist faul, hat kein Interesse und macht alles wie unter Hypnose". Die Patientin selber berichtet, daß seit ca. 1 Jahr ihre Merkfähigkeit nachgelassen habe und sie sich sehr schlecht auf etwas Neues einstellen könne. Sie muß plötzlich aufspringen und etwas anderes tun. Seit dem 1o. Lebensjahr leide sie unter Kopfschmerzen. M. klagt über Dunkel- und Alleinseinängste. Jetzt hat sie besonders Angst, daß sie alles nicht mehr schaffen könne, vor dem Neuen. Sie fühlt sich extrem unsicher. Andere Leute hätten ihr gesagt, daß

sie "ganz anders" geworden sei. M. hat sich immer mehr in die Isolation begeben. Sie berichtet von einem Traum: Sie war mit Freundinnen in einer Ruine, die plötzlich weg waren. Der Greifer eines Kranes wollte plötzlich nach ihr greifen. Sie rannte weg, wurde verfolgt. Entgegen kamen Panzer, die ihr den Weg versperrten. Dazu erzählt sie, daß 1945 in der Wohngegend Panzer waren. In der Nähe eines Panzers in einer Ruinengegend entblößte sich ein Exhibitionist und redete mit ihr. Ihr war unheimlich und sie rannte davon. Ein Untermieter der Mutter (der Vater war im Krieg gefallen) wollte die Mutter heiraten. Der "gute Onkel" zeigte der Patientin Nacktphotos, "wurde seltsam". Die Patientin ist mit ihrer Geschlechtsrolle nicht einverstanden und wehrt sie ab, indem sie Jungenbekanntschaften aus dem Wege geht. Geschlechtliche Beziehungen "ekeln" sie an. Die Mutter sage auch, daß das "unanständig" sei, werfe ihr aber zugleich vor, keinen Freund zu haben, da sie selbst bereits mit 16 Jahren verlobt war. Die Patientin geniert sich, mit der Mutter über sexuelle Fragen zu sprechen. M. hält sich für zu lang und für häßlich. Die Leute guckten sie an und lachten über sie. Eigentlich wolle sie Diakonisse werden.

Die Geburt der Patientin ist normal verlaufen. Geisteskrankheiten in der weiteren Familie werden negiert. Der Vater fiel 1943 im Krieg. Die Patientin hat keine Erinnerung an ihn, sehnt sich aber sehr nach ihm. Als Kind hatte M. Dunkel- und Alleinseinängste. Mit 5 Jahren traten Ticerscheinungen auf: Augenblinzeln, Naserümpfen, Räuspern und Kopfdrehen, die erst im 14. Lebensjahr wieder verschwanden.

Vom 3. Lebensjahr an sah sie sich in Angstzuständen als kleine, verkümmerte Figur, die allein durch die Trümmer ging, von anderen verfolgt wurde und mit einer "entsetzlichen Angst" umherirrte. Sie sah Berge und Abgründe, in die sie hineinstürzte, und Menschen, vor denen sie Angst hatte, z. B. die Lehrerin und die Mutter. Von klein auf fühle sie, daß ihre Schwester (älter) von der Mutter vorgezogen wurde. Die Patientin durfte als Kind nicht auf die Straße zum Spielen. Die Mutter ist nervös und reizbar. Sie leidet unter Magengeschwüren und wirft der Patientin vor, Schuld daran zu haben. Die Mutter ist inkonstant in der Erziehung, einmal will sie das Vertrauen der Tochter erzwingen, ein andermal stößt sie die Tochter zurück oder bestraft sie wegen ihrer Vertraulichkeit. Die Mutter erzählt oft von ihrem baldigen Tod, wodurch die Patientin sehr beunruhigt wird. Auch schlägt die Mutter sie oft, ist dann aber wieder erdrückend vor Zärtlichkeit.

Kasuistik von K.-P. R., männlich, geb. am 2. 8. 1938
Diagnose: Abnorme Erlebnisreaktion

Es handelt sich um einen schlankwüchsigen, körperlich altersentsprechend wirkenden 18-jährigen Patienten von äußerlich gepflegtem Aussehen. R. ist in letzter Zeit sonderbar, will nicht essen. Die Schwestern sollten aus der Wohnung gehen; in deren Gegenwart schärft er ein Messer und spielt damit. Der Patient schneidet sich seine Pulsadern auf, wird von seinen Schwestern gefunden und in die Klinik eingewiesen. Der Patient ist affektiv äußerst gespannt, von Schuldgefühlen geplagt. Aggressive Durchbrüche treten auf. In den Explorationen kommt zu Tage,

daß M. onaniert. Vor 4 Jahren onanierte ein Freund der Mutter an dem Knaben, was der Patient zuerst für eine normale "väterliche Zärtlichkeit" hielt. Später sei aber der Haß gegen diese Person gestiegen und habe sich auf die Mutter, die sich nicht von dem Manne trennte, übertragen. Die Mutter behauptet, finanziell abhängig zu sein. R. träume, daß Herr X. mit hämischem Gesicht auf ihn zu käme und dabei Pollutionen aufträten. Er wehre sich aufwachend dagegen, weil "man so etwas nicht dürfe". Neben dieser massiven Problematik ist Rs. Verhältnis zum Arbeitsplatz (11. Klasse O.W.Z.) schwer gestört, er heule und zittere in Erregung über bestimmte Verhaltensweisen seiner Lehrer. Der Patient hat eine enge Freundschaft zu einem Klassenkameraden, der jedoch sein starkes Anlehnungsbedürfnis und seine Eifersucht ablehne. Der Patient sucht, als diese Beziehung gebrochen war, die Schuld bei sich. Er brauche einen Freund, dem er "alles erzählen können". Die Geburt des Patienten sei durch Wehenschwäche der Mutter lange verlaufen, sonst seien keine Unregelmäßigkeiten aufgetreten. Geisteskrankheiten in der Familie werden negiert. Die Kindheit des Patienten soll normal verlaufen sein. Er war lebhaft, aufgeschlossen und in der Erziehung leicht zu nehmen. Seine Mutter habe er sehr geliebt und sei sehr anhänglich gewesen. Vom Zeitpunkt der Einschulung an habe sich R. immer mehr zum Einzelgänger entwickelt. Der im Krieg gefallene Vater war in seiner Erziehung sehr streng. Damals sei es oft zu Ehekonflikten gekommen. Die Mutter steht gefühlsmäßig zwischen ihrem Sohn und ihrem Freund. Gegenüber den Bedürfnissen des Sohnes ist sie verständnislos. Es existiert kein tiefer Kontakt von R. zu seinen Schwestern.

Kasuistik von B. B., weiblich, geb. am 15. 2. 1942

Diagnose: Pubertätskrise

Es handelt sich um eine fast 15-jährige, körperlich altersentsprechend wirkende Patientin. Im Aussehen wirkt sie etwas ungepflegt, im Verhalten grob und primitiv. Seit einem Jahr habe B. plötzlich Beschwerden (etwa seit der Menarche). Sie sei häufig unfähig, etwas zu sagen. Der Mund bleibe ihr dann offen stehen und sie könne nicht mehr schlucken. Es fing an, als sie auf der Straße plötzlich das Gefühl hatte, etwas in den "falschen Hals" bekommen zu haben. Dabei zitterte sie an Händen und Füßen und mußte sich an eine Hauswand anlehnen. Diese Zustände traten in letzter Zeit häufiger auf: Es werde ihr zusätzlich heiß, sie zittere am ganzen Körper und falle um. Kopfschmerzen und Magenverkrampfung sind hinzugetreten. Die Beschwerden sind häufig im Zusammenhang mit Aufregungen aufgetreten (vor ihrer Konfirmation, bei der Krankenhauseinlieferung der Großmutter, bei Auseinandersetzungen mit der Großmutter). Auch klagt B. in letzter Zeit über Herzklopfen und Herzstiche. B. wirkt kindlich naiv, sie ist trotzig und aufsässig gegenüber den sie erziehenden Großeltern. Die Fingernägel sind abgeknabbert. Die Patientin hat einen Freund, muß jedoch stets um 19 Uhr zu Hause sein, wogegen sie rebelliert. Sie ging dann heimlich auf die Straße, um ihren Freund zu treffen. Die Schwester ist die Vertraute der Patientin. Wegen des Freundes zerstritt sich B. mit ihrer besten Freundin, was sie sehr schmerzt. In der Schule ist B. unauffällig. Die Mutter starb bei der Geburt der Patientin, der Vater fiel 1/2 Jahr später im Krieg. Die Patientin wuchs bei den Großeltern auf. An Auffälligkeiten in der Kindheit wird ein "Herzasthma"

(Herzbeschwerden, Luftnot, Herzstiche) seit dem 4. Lebensjahr angegeben, die Entwicklung soll sonst normal verlaufen sein. Die Großeltern sind unauffällig, alt und "konservativ".

Kasuistik von J. V., weiblich, geb. am 1. 3. 1939

Diagnose: Hebephrenie

Es handelt sich um eine 14-jährige, normal entwickelte Patientin. Bizarre Bewegungen fallen auf. Ein Kontakt ist in der Erstexploration nicht herzustellen. Während des Klinikaufenthaltes sind katatone Zustände beschrieben neben Halluzinationen, einem Wahn, getötet werden zu sollen, und Depersonalisationserlebnissen. Die Patientin fühlt sich verändert, der Körper sei so leicht, sie glaube nicht, sie selbst zu sein. In der Depersonalisationsphase hätte sie keine Angst, sie könne sich damit "in eine kindliche Welt versetzen". J. zerschlägt ein Zahnputzglas, um zu sehen, daß sie wirklich da ist. Oppressionsgefühle und erhebliche Schlafstörungen treten auf. Aus einem Familienbild reißt sie den Kopf des Vaters und schleudert das Bild gegen die Wand. Dann ist sie wiederum weinerlicher Stimmung. Akustische Halluzinationen mit sexueller Thematik treten auf. In Phonemen wird der Patientin gedroht, ihr die Beine aufzuschlitzen und Nägel in den Bauch zu treiben. Diese Phoneme hört die Patientin in katatoner Stellung. Angstzustände treten auf, besonders dann, wenn die Krankenschwester das Zimmer betritt. Abends kommt es oft zu sexuellen Erregungszuständen, die die Patientin sehr belästigen, sie wimmert und schreit auf, kann sich nur schwer beruhigen. Beim Besprechen affektiv besetzter Themen treten krampfhafte Schüttel- und Zuckbewegun-

gen des Kopfes und der Arme auf, sowie grundloses Lachen. Die Patientin onaniert und hat deswegen massive Schuldgefühle. Die Symptomatik existiert seit 1950, etwa seit dem Zeitpunkt der Menarche und begann damit, daß sie sagte, Nonne werden zu wollen. Sexuelles lehnt sie massiv ab, träumt aber von sexuellen Spielereien und vom Teufel (schlanker, schwarzgekleideter Mann), der sie an den Beinen ziehe und versuche, sie an der Schulter zu berühren. Die Geburt der Patientin war normal, Geisteskrankheiten in der Familie werden negiert. Die frühkindliche Entwicklung sei normal gewesen. J. wurde streng katholisch erzogen. Mit 7 Jahren sei die Patientin von ihrer Mutter "Kokotte" geschimpft worden, was zu einem Vertrauensbruch zur Mutter führte. Der Mutter demonstriert die Patientin in der Klinik auch bei relativ guter Verfassung einen schwerkranken Zustand. Der Vater habe sich mit Beginn der Pubertät der Tochter gegenüber relativ ungehemmt verhalten, sie verliebt angesehen und sei leicht bekleidet durch die Wohnung spaziert.

E Zusammenfassung und Folgerungen

Der überwiegende Anteil der Diagnosen gehört dem neurotischen Formenkreis an. Es herrscht eine aus der zeitlichen Verteilung und Einstellung des Untersuchers ableitbare Unsicherheit in der Diagnosestellung "Pubertätskrise". Diese Diagnose wird als passager erscheinende neurotische Symptome oder als akzentuierte Neurose oder als psychotische Reaktion verstanden. Es gibt wenige Symptome, die nicht jede der Diagnosen aufweist, wobei es sich bei größeren Diskrepanzen der Häufigkeit eines Symptoms bei verschiedenen Diagnosen um

die in der Literatur angegebenen nicht eindeutig zu definierenden Mischbilder handelt, um echt neurotische Symptome bei Psychosen oder um besondere Symptome, die man häufig bei Psychosen findet (wie z. B. Halluzinationen) bei Neurosen. Die Symptommuster der Diagnosen sind unterschiedlich, jedoch mit deutlichen Überschneidungen. Diese Vermischungen der verschiedenen Symptome erscheinen für diesen Lebensabschnitt typisch, so daß jedes Symptom puberale Beimengungen enthält oder sogar mehr oder weniger durch die Pubertät bedingt ist. Die Altersgruppen der 12-15-jährigen und der 16-18-jährigen Patienten weisen eine unterschiedliche Phänomenologie und klinische Bedeutung auf, die dazu berechtigt, für die jüngere Gruppe von der Krisenzeit der Pubertät, für die ältere Gruppe von der Krisenzeit der Adoleszenz zu sprechen, zumal sich etwa im 15. Lebensjahr ein nahezu abgeschlossenes Wachstum nachweisen läßt. Konstitutionelle Faktoren treten in ihrer Bedeutung hinter psychoreaktiven Faktoren zurück. Verhaltensauffälligkeiten sind häufig und typisch. Probleme mit den Eltern stehen häufig als Aktualkonflikt im Vordergrund. Das Verhältnis der Jugendlichen untereinander ist zumeist gestört, sowie auch die Beziehungen zum Arbeitsplatz. Zusammenstellungen von Symptomatik, Elternbeziehungen und wichtigen Ereignissen und Symptomen in der Kindheit geben bestimmte häufige Situationen des Zusammentreffens, die aber nicht spezifisch sind.

Es fehlt eine einheitliche Betrachtungsweise der Phänomene der Jugendzeit; Soziologen, Psychologen und Mediziner vernachlässigen zumeist die Befunde und Interpretationen der

jeweils anderen Disziplinen. Ich denke, daß sich zu einer von allen Disziplinen anwendbaren Betrachtungsweise ein komplementäres Bedürfnis-, Bedürfnisbefriedigungssystem eignet. Jugendliche haben phasenspezifische Bedürfnisse, so wie Eltern, Schule und soziale Umwelt ebenfalls bestimmte Bedürfnisse gegenüber den Jugendlichen haben. Die spezifischen Adoleszentenbedürfnisse liegen in der Genitalität (bzw. Sexualität), der Autonomie, der Arbeit, die puberalen (Einsetzen der körperlichen Pubertät bis zum Ende im ca. 15. Lebensjahr) in der Erhaltung von Stabilität, in den physischen und psychischen Veränderungen, in der erneuten Ich-Synthese, im Vortraining von Adoleszentenbedürfnissen im vorrealen Raum (Phantasien, Ersatzsituationen) und in der Geschlechtsrollendifferenzierung. Eine Störung dieses komplementären Bedürfnis- Bedürfnisbefriedigungssystemes in der Pubertät könnte als Pubertätskrise, in der Adoleszenz als Adoleszentenkrise definiert werden.

Literaturverzeichnis

1. SCHNEIDER, K.: Klinische Psychopathologie, 3. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 195o

2. FROMM-REICHMANN, F.: Principles of Intensive Psychotherapy, The University of Chicago Press, 195o

3. FREUD, S.: Abriß der Psychoanalyse, Fischerbücherei, 1953

4. V. BAEYER, M.: in Das depressive Syndrom, Herausgeber H. Hippius und H. Selbach, Urban und Schwarzenberg, München, Berlin, Wien, 1969

5. SPIEL, W.: in Die Pubertät als kritisches Stadium, J. F. Lehmanns-Verlag, München, 1966

6. HELMCHEN, H., HIPPIUS, H., MEYER, J.-E.: Ein neues psychiatrisches Diagnosenschema, Nervenarzt 37, 3, 1966, S. 115

7. BLEULER, M.: Lehrbuch der Psychiatrie von E. Bleuler, 1o. Aufl., Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York, 1966

8. BUSEMANN, A.: in Wörterbuch der Psychologie von W. Hehlmann, Alfred Körner Verlag, Stuttgart, 1959

9. STUTTE, H.: in Psychiatrie der Gegenwart, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 196o

1o. TRAMER, M.: Lehrbuch der allgem. Kinderpsychiatrie, 4. Aufl., Schwabe & Co. Verlag, Basel, Stuttgart, 1964

11. LANGEN, D.: Die Pubertät als kritisches Stadium menschlicher Entwicklung, Lindauer Therapie Woche, 1966

12. KRETSCHMER, E.: nach F.G. von Stockert: Probleme der Pubertät, Nervenarzt 32, 8, 1961, S. 341

13. ZIOLKO, H.-U.: Hyperphagie und Anorexie, Nervenarzt 37, 9, 1966, S. 4oo

14. ERIKSON, E.H.: in Jugend in der modernen Gesellschaft, Neue Wissenschaftliche Bibliothek der Soziologie, Herausgeber Friedeburg, Kiepenheuer und Witsch, 1965

15. FREUD, S.: Drei Abhandlungen zur infantilen Sexualtheorie, Fischerbücherei, 1961

16. FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen, Kindler Verlag, München, 1948

17. SULLIVAN, H.S.: Schizophrenia as a Human Process, W.W.Norton & Co., New York, 1962

18. BLOS, P.: On Adolescence, The Free Press, New York, 1962

19. HOLMES, D.J.: The Adolescent in Psychotherapy, J. und A. Churchill, Ltd., 1964, London

2o. BETTELHEIM, B.: in The Challenge of Youth, Edt. E.H.Erikson, Doubleday & Co., Inc., New York, 1963

21. PARSONS, T.: Age and Sex in the Social Structure of the United States, in Personality in Nature, Society and Culture, A.A.Knopf, New York, 1956, Edt. Kluckhom and Murray

22. MEAD, M.: Coming of Age in Samoa, New American Library, New York, 195o

23. BENEDICT, R.: Continuities and Discontinuities in Cultural Conditionaing, in Personality in Nature, Society and Culture, A.A.Knopf, New York, 1956

24. FROMM, E.: Autorität und Familie, Paris 1936

25. LEVIN, K.: nach R.E. Muuss: Theories of Adolescence, Random House, New York, 1962

26. GEBSATTEL, V.E. Frhr.v.: Prolegomena einer medizinischen Anthropoligie, Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1954

27. KULENKAMPFF, C.: Zum Problem der abnormen Krise in der Psychiatrie, Nervenarzt, 3o, 2, 1959, S. 62

28. LAPPMANN, A., HENSELER, H., TUSCHY, G.: Tätigkeitsbericht der Jugendpsychiatrischen Universitäts-Poliklinik, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 18, 5, 1969, S. 168

29. KULENKAMPFF, C.: Psychotische Adoleszenzkrisen, Nervenarzt 35, 12, 1964, S. 53o

3o. PETRI, H.: Psychiatrische Universitätsklinik Berlin, persönliche Mitteilung

31. DEUTSCH, H.: Psychologie der Frau, 2. Aufl., Verlag Hans Huber, Bern, 1959

32. FORD: Klinischer Direktor von Chestnud Lodge, Md., USA, persönliche Mitteilung

33. ERNST, K., SPRING, L., SPREIFF, B.: Nervenarzt 38, 9, 1967, S. 4o8

34. SIMKO, A.: "Pseudoneurotische Schizophrenien" im Lichte einer strukturellen Psychopathologie, Nervenarzt 39, 6, 1968, S. 242

35. AICHHORN, A.: Verwahrloste Jugend Verlag Hans Huber, Bern, 1951

36. Senatsbericht an das Abgeordnetenhaus von Berlin, 62. Sitzung, 11. 12. 1969

37. DÜHRSSEN, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1967

38. ALEXANDER, F.: Fundamental concepts of psychosomatic research, Psychosomatic Med. 5, 2o5, 1943

39. MAIN, T.F.: Psycho-analysis and Psychosomatic Illness, in Principles of Treatments of Psychosomatic Disorders, Pergamon Press, Oxford, 1965

4o. MIRSKY, I.A.: The Psychosomatic approach to the etiology of clinical disorders, Psychosomatic Med. 19,424, 1957

MIRSKY, I.A., KAPLAN, S., BROH-KALM, R.H.: Pepsinogen excretion (uropepsin) as an index of the influence of various life situations on gastric secretion, Res. Publ. Ass. nerv. ment. Dis., 29, 628, 195o

41. SELYE, H.: Stress; Physiology and Pathology of Exposure to Stress; a Treatise Basid on the Concept of the General-Adaptation-Syndrome and the Disease of Adaptation, Acta Montreal, 195o

42. CANNON, W.B.: Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage, Appleton, New York, 1929

43. IEMKE, R.: Die lavierte Depression, Zeitschr. für Forschung und Praxis, 6, 1949, 1, S. 161

44. FREUD, S.: Hemmung, Symptom und Angst Bd. X, S. Fischer Verlag, 197o, Herausgeber A. Mitscherlich, J. Stratchey, A. Richards

45. MEYER, J.E.: Zur Klinik der Reifungskrisen, in Die Pubertät als kritisches Stadium, J.F.Lehmanns Verlag, München, 1966

46. TUMLIRZ: nach H. Remplein, Die seelische Entwicklung des Menschen im Kindes- und Jugendalter, Ernst Reinhardt Verlag, München, Basel, 1966

47. SPRANGER: Psychologie des Jugendalter, 22. Aufl., Quelle & Meyer Verlag, Heidelberg, 1951

48. MENNINGER, K.: Man against Himself, R.-Hart-Davis, London, 1938

49. BUSEMANN, A.: nach H. Remplein

5o. ERIKSON, E.H.: Childhood and Society, 2. Aufl., W.W. Norton, New York, 1963

51. PRADER, A.: in Fanconi, Wallgren: Lehrbuch der Pädiatrie, Schwabe und Co. Verlag, Basel, Stuttgart, 1967

52. HUBER, G., HAMILTON, J.B., SOLLENBERGER, R.T.: in DOLLARD und MILLER, N.E., Yale University Press, New Haven, 1939

53. PETRI, H.: Exhibitionismus: Theoretische u. soz. Aspekte und die Behandlung mit Antiandrogenen, Nervenarzt, 4o, 5, 1969

54. TERMAN, D.S., THORNDIKE, E.L.: nach DOLLARD und MILLER

55. FREUD, S.: Analysis, Terminable and Interminable, Hogarth, London 195o

56. ERIKSON, E.H.: Identität und Lebenszyklus, Rowohlt Verlag, 1967

57. ERIKSON, E.H.: Challenge of Youth, Doubleday & Co., New York, 1965

58. KINSEY, A.: Sexual Behavior in the Human Male, Philadelphia, Saunders, 1948

59. TAUSK, V.: "On Masturbation", Psychoanalytic Study of the Child, Vol. VI, International Universities Press, New York, 1951

6o. RICHTER, H.E.: Zur Theorie und Therapie von Familienneurosen aus psychoanalytischer Sicht, Nervenarzt, 37, 1, 1966

61. JOYCE, J.: Ulysses, The Bodley Head Ltd., London, 2. Aufl., 1962

62. LÖWNAU, H.W.: Soziogenetische Faktoren bei Neurosen im Kindes- und Jugendalter, Nervenarzt, 36, 3, 1965, S. 1o1

63. MANN, Th.: Tonio Kröger, S. Fischer Verlag 196o

64. MUSIL, R.: Der junge Törless, Rowohlt Verlag 1966

65. SZEWCZYK, H.: Gruppenforschung und Jugendpsychiatrie; Nervenarzt, 31, 9, 196o, S. 4o2

66. FREUD, S.: Civilization and its Discontents, Vol. XXI, The Hogarth Press, London, 1961

67. EISENSTADT, N.: in Challenge of Youth, Doubleday & Co., New York, 1965

68. ZIOLKO, H.U.: Halluzinationen und Neurose, Psyche, Heft 1-XXIV., Jg. 197o

Herrn Prof. Dr. H. U. Ziolko möchte
ich für die Anregung und Ermöglichung
dieser Arbeit sowie für viele wert-
volle Hinweise meinen herzlichen
Dank aussprechen.

Lebenslauf

Am 18. 4. 1944 wurde ich in Potsdam als zweiter Sohn des Verwaltungsjuristen Gerhard Erdmann und seiner Ehefrau Hildegard Erdmann, geborene Heinze, geboren. Nach dem Besuch der Grundschule (1950-1956) und dem Besuch des Paulsen-Gymnasiums (1956-1963) begann ich, nach bestandenem Abitur an der Freien Universität Berlin Humanmedizin zu studieren (1963-1969). Im klinischen Abschnitt des Studiums famulierte ich je einen Monat an einer Medizinischen Klinik (Auguste-Viktoria-Krankenhaus, Professor Pfeffer; Universität Freiburg, Professor Heilmeyer) und an der Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik Berlin in der Psychotherapeutischen Abteilung unter Professor Ziolko sowie an der Universitätsnervenklinik Wien in der Kinderpsychiatrischen Abteilung unter Professor Spiel. Zwei Monate famulierte ich in der psychoanalytischen Klinik "Chestnut Lodge", Maryland, USA. Nach bestandenem Staatsexamen absolvierte ich vier Monate chirurgische Medizinalassistenten-Pflichtzeit im städtischen Behring-Krankenhaus unter Professor Dohrmann, fünf Monate in der Medizinischen Klinik des Klinikums Steglitz unter Professor Schwab und drei Monate im Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes Steglitz. An den Abschluß meiner Medizinalassistentenzeit am 31. 12. 1970 schloß sich eine sechsmonatige Tätigkeit als Assistenzarzt an der Psychiatrisch-Neurologischen Abteilung der Strafanstalt Tegel unter der Leitung Herrn Dr. Hiobs an. Im September 1969 heiratete ich die Ärztin Marianne Erdmann, geborene Krieg. Ab 1. 7. 1971 werde ich als "junior assistent resident" an der Psychiatrischen Klinik des Johns Hopkins Hospitals arbeiten. Im Februar 1970 bestand ich das dafür erforderliche E. C. F. M. G.